

第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)

第 1 章 保健事業実施計画(データヘルス計画)の基本的事項

1. 背景・目的

近年、特定健康診査及び後期高齢者に対する健康診査(以下「特定健診等」という。)の実施や診療報酬明細書(以下「レセプト」という。)等の電子化の進展、市町村国保、国保組合及び後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)(以下「保険者等」という。)が健康や医療に関する情報を活用して被保険者の健康課題の分析、保健事業の評価等を行うための基盤整備が進んでいる。

こうした中、平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定された「日本再興戦略」において、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として「計画」の作成、公表、事業実施、評価等を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する。」とされ、保険者はレセプト等を活用した保健事業を推進することとされた。

平成 27 年 5 月に成立した「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、国民健康保険については、都道府県が財政運営の責任主体となり、市町村ごとの国保事業納付金の額の決定を行うとともに、保険者に参画して財政運営を都道府県単位化することとなったが、保健事業などの医療費適正化の主な実施主体はこれまでどおり市町村が行う。

また、医療保険加入者の予防・健康づくりを進め、ひいては医療費の適正を進めるため、国民健康保険制度改革の中で公費による財政支援の拡充を行う一環として、平成 30 年度から新たなインセンティブ制度である保険者努力支援制度が創設されることとなった。

こうした背景を踏まえ、保健事業の実施等に関する指針(厚生労働省告示)(以下「国指針」という。)の一部を改正する等により、保険者等は健康・医療情報を活用して P D C A サイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画(データヘルス計画)(以下「計画」という。)を策定したうえで、保健事業の実施・評価・改善等を行うものとした。

椎葉村においては、国指針に基づき、「第 2 期保健事業実施計画(データヘルス計画)」を定め、生活習慣病対策をはじめとする被保険者の健康増進により、医療費の適正化及び保険者の財政基盤強化が図られることを目的とする。

2. 計画の位置付け

第2期保健事業の実施計画（データヘルス計画）とは、被保険者の健康の保持増進に資することを目的として、保険者等が効果的かつ効率的な保健事業の実施を図るため、特定健診等の結果、レセプトデータ等の健康・医療情報を活用して、PDCAサイクルに沿って運用するものである。

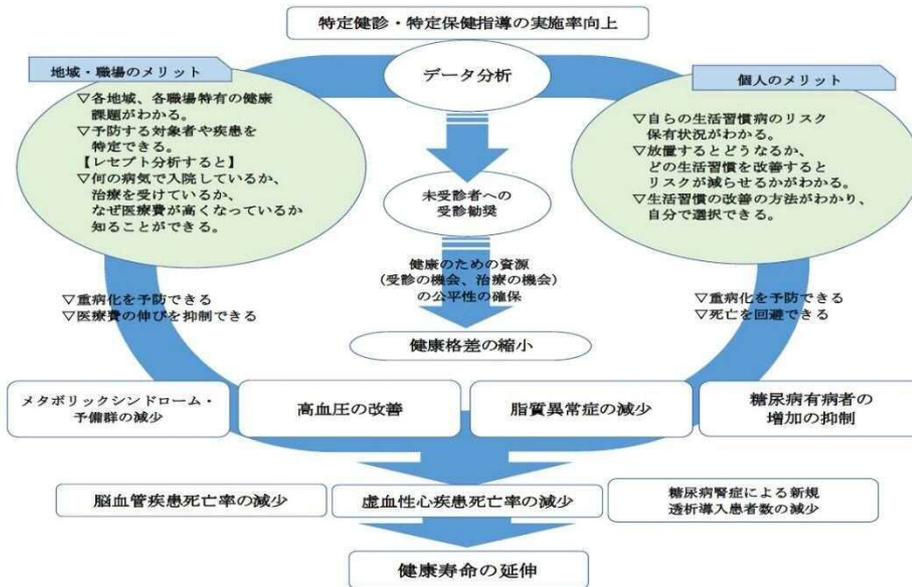
計画は、健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、都道府県健康増進計画や市町村健康増進計画、都道府県医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする必要がある。（図表1・2・3）

【図表1】

平成30年度に向けての構造図と法定計画等の位置づけ						
	「健康日本21」計画	「特定健康診査等実施計画」	「データヘルス計画」	「介護保険事業(支援)計画」	「医療費適正化計画」	「医療計画」
法律	健康増進法 第8条、第9条 第6条(健康増進事業実施者)	高齢者の医療の確保に関する法律 第19条	国民健康保険法 第82条	介護保険法 第116条、第117条、第118条	高齢者の医療の確保に関する法律 第9条	医療法 第30条
基本的な指針	厚生労働省 健康局 平成24年8月 国民の健康の増進の総合的な 推進を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年8月 特定健康診査及び特定保健指導の選択 かつ適切な実施を図るための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成24年8月 「国民健康保険法」に基づく保健事業の 実施に関する方針(一貫方針)	厚生労働省 老健局 平成23年 介護保険事業に係る保険給付の円滑な 実施を確保するための基本的な方針	厚生労働省 保険局 平成28年2月 医療費適正化に関する指針 について(基本指針)【全部改正】	厚生労働省 医政局 平成28年2月 医療提供体制の確保に関する基本指針
根拠・期間	法定 平成25～34年(第2次)	法定 平成30～35年(第2期)	指針 平成30～35年(第2期)	法定 平成30～32年(第7次)	法定 平成30～35年(第3期)	法定 平成30～35年(第7次)
計画策定者	都道府県・義務、市町村・努力義務	医療保険者	医療保険者	市町村・義務、都道府県・義務	都道府県・義務	都道府県・義務
基本的な考え方	健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現 に向けて、生活習慣の改善や予防的・健康増進 施策とともに、社会生活を営むために必要な 健康の維持及び向上を目指し、その結果、 社会連 帯的かつ持続可能なもの となるよう、生活習慣の改 善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とす る。	生活習慣の改善による特定疾患の 生活習慣的予防 対策 を進め、糖尿病等を予防することができれば、糖尿病 患者を減らすことができ、さらに 認知症やがんの予防 を 図る。入院患者を減らすことができれば、国民の生活 の質の維持及び向上を図ることができ、 医療の持続 を促 進することが可能となる。 特定健康診査は、 糖尿病等の生活習慣病の予防や重症化 予防 に重点を置いて、 メタボリックシンドローム に重 点とし、生活習慣を改善するための特定保健指導を必要とす るのを、定期的に実施するために行うのである。	生活習慣的対策 をはじめとして、被保険者の 健全 な生活習慣の形成及び疾病予防の取組 について、 医 療者がその支援の中心 として、被保険者の特性を 踏まえた効果的かつ持続的な保健事業を展開するこ とを目的とする。 被保険者の健康意識の向上 により、 医療費の適正化 及び被保険者の健康意識の向上 が図られることは保険者 自身にとっても重要である。	高齢者がその有する能力に応じ自立した日常生活 を営むことができるように支援することや、 要介護 状態または要支援状態となること の 予防 又は、要介護 状態等の軽減もしくは 悪化の防止 を理念としている	国民皆保険を堅持 、続けていくため、国民の 生活の質の維持及び向上を確保しつつ、 医療費 が過度に増大しないよう にいくとともに、 良質 かつ持続可能な医療を確保すること に重点を 置いていく。	医療機能の分化・連携を推進すること を通じて、 地域において役割のない医療 の提供を抑制し、良質かつ適切な医療を効率的 に提供 する体制の構築を図る
対象年齢	ライフステージ(乳幼児期、 壮年期 、 高齢期)に応じて	40歳～74歳	被保険者全員 特に高齢者の割合が高くなる時期に高齢期を迎 える現在の青年(壮年)世代、小児期からの生活 習慣づくり	1号被保険者 65歳以上 2号被保険者 40～64歳 特定疾病	すべて	すべて
対象疾病	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患 慢性閉塞性肺疾患(COPD) がん ロコモティブシンドローム 認知症 メタヘルス	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 高血圧 虚血性心疾患 脳血管疾患	メタボリックシンドローム 肥満 糖尿病 脂質異常症 高血圧 等 虚血性心疾患 脳血管疾患	糖尿病性腎症 糖尿病性神経障害 糖尿病性網膜症 脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症	生活習慣病	糖尿病 心臓血管等の心血管疾患 脳卒中 がん 精神疾患
評価	※5項目中 特定健診に関する項目15項目 ①血糖値異常、虚血性心疾患の早期発見率(特定 健康診査) ②糖尿病発症による合併症発生率(入院患者) ③糖尿病発症後の合併症 ④血糖コントロール(血糖値)に関するコントロール不良者 ⑤糖尿病有病率 ⑥特定健康診査・特定保健指導の実施率 ⑦メタボリックシンドロームの発症率 ⑧国民生活における歩数 ⑨国民生活における歩数 ⑩国民生活における歩数 ⑪国民生活における歩数 ⑫国民生活における歩数	①特定健康診査受診率 ②特定保健指導実施率	健診・医療情報を活用して、費用対効果の観点も考慮 (1)生活習慣の状況(特定健診の取組実施率) ①発生活 ②日常生活における歩数 ③アルブ ミン尿 ④喫煙 (2) 糖尿病等の発症率 ①特定健康診査 ②特定保健指導率 ③健診結果の変化 ④生活習慣病の有病率・予備群 (3) 医療費等 ①医療費 ②介護費	①地域における自立した日常生活の支援 ②要介護状態の予防・軽減・悪化の防止 ③介護給付費の適正化	○医療費適正化の取組 外発 ①一人あたり外発医療費の地域差の縮減 ②特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上 ③メタボリックシンドロームの減少 ④糖尿病重症化予防の推進 入院 病棟機能分化・連携の推進	①5疾病・5事業 ②在宅医療連携体制 (地域の実状に応じて変更)
その他		保険者努力支援制度 【保険者努力支援制度制度区分】を減縮し、保険料率決定			保険者協議会(事務局: 国保連合会)を通じて、保険者との連携	

特定健診・特定保健指導と健康日本21（第二次）
 —特定健診・特定保健指導のメリットを活かし、健康日本21（第二次）を着実に推進—

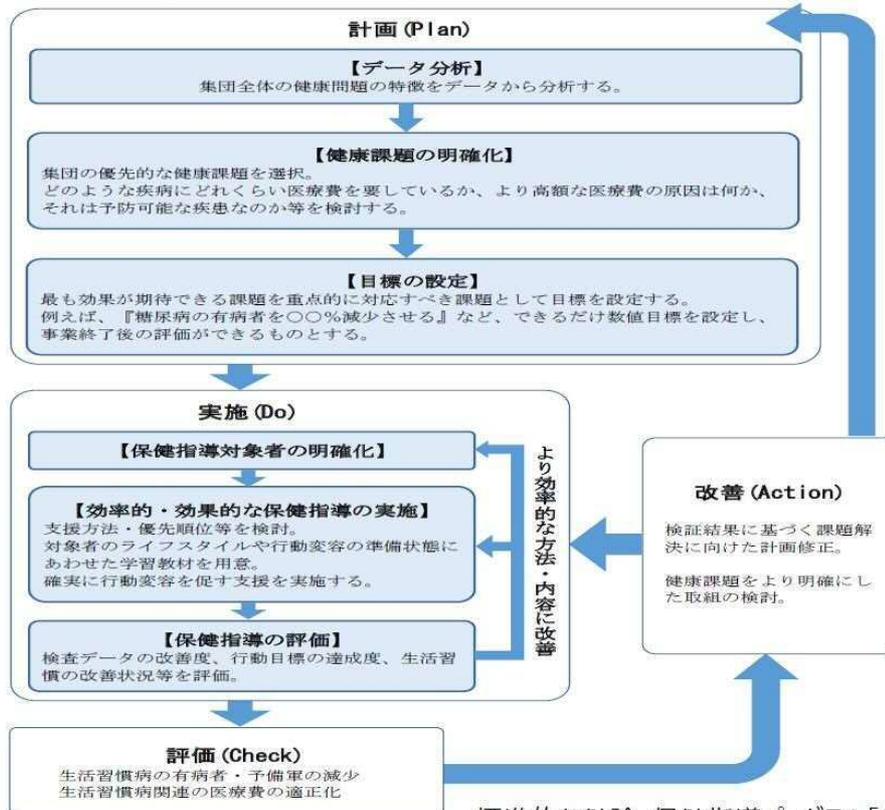
【図表 2】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

保健事業（健診・保健指導）のPDCAサイクル

【図表 3】



標準的な健診・保健指導プログラム「30年度版」より抜粋

3. 計画期間

計画期間については、保健事業実施指針第4の5において、「特定健康診査等実施計画や健康増進計画との整合性を踏まえ、複数年とすること」としていること、また、手引書において他の保健医療関係の法定計画との整合性を考慮するとしており、都道府県における医療費適正化計画や医療計画とが平成30年度から平成35年度までを次期計画期間としていることから、これらとの整合性を図る観点から、計画期間を平成30年度から平成35年度の6年間とする。

4.関係者が果たすべき役割と連携

1) 実施主体関係部局の役割

椎葉村においては、福祉保健課国保係が主体となりデータヘルス計画を策定するが、住民の健康の保持増進には幅広い部局が関わっている。特に保健師、管理栄養士等の専門職と連携をして、椎葉村一体となって計画策定を進めていく。

具体的には、後期高齢者医療係、保健予防係、介護保険係、障害・福祉係、教育委員会とも十分連携することが望ましい。

さらに、計画期間を通じてPDCAサイクルに沿った確実な計画運用ができるよう、担当者・チームの業務を明確化・標準化するとともに、担当者が異動する際には経過等を含めて確実に引継ぎを行う等体制を整えることも重要である（図表4）

2) 外部有識者等の役割

計画の実効性を高めるためには、策定から評価までの一連のプロセスにおいて、外部有識者等との連携・協力が重要となる。

外部有識者等とは、国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）及び国保連に設置される支援・評価委員会等のことをいう。

国保連に設置された支援・評価委員会は、委員の幅広い専門的知見を活用し、保険者等への支援等を積極的に行うことが期待される。

国保連は、保険者である市町村の共同連合体として、データヘルス計画策定の際の健診データやレセプトデータ等による課題抽出や、事業実施後の評価分析などにおいて、KDBの活用によってデータ分析や技術支援を行っており、保険者等の職員向け研修の充実に努めることも期待される。

また、平成30年度から都道府県が市町村国保の財政責任の運営主体となり共同保険者となることから、特に市町村国保の保険者機能の強化については、都道府県の関与が更に重要となる。

このため、市町村国保は、計画素案について都道府県関係課と意見交換を行い、都道府県との連携に努める。

また、保険者等と郡市医師会等地域の保健医療関係者との連携を円滑に行うため

には、都道府県が都道府県医師会等との連携を推進することが重要である。

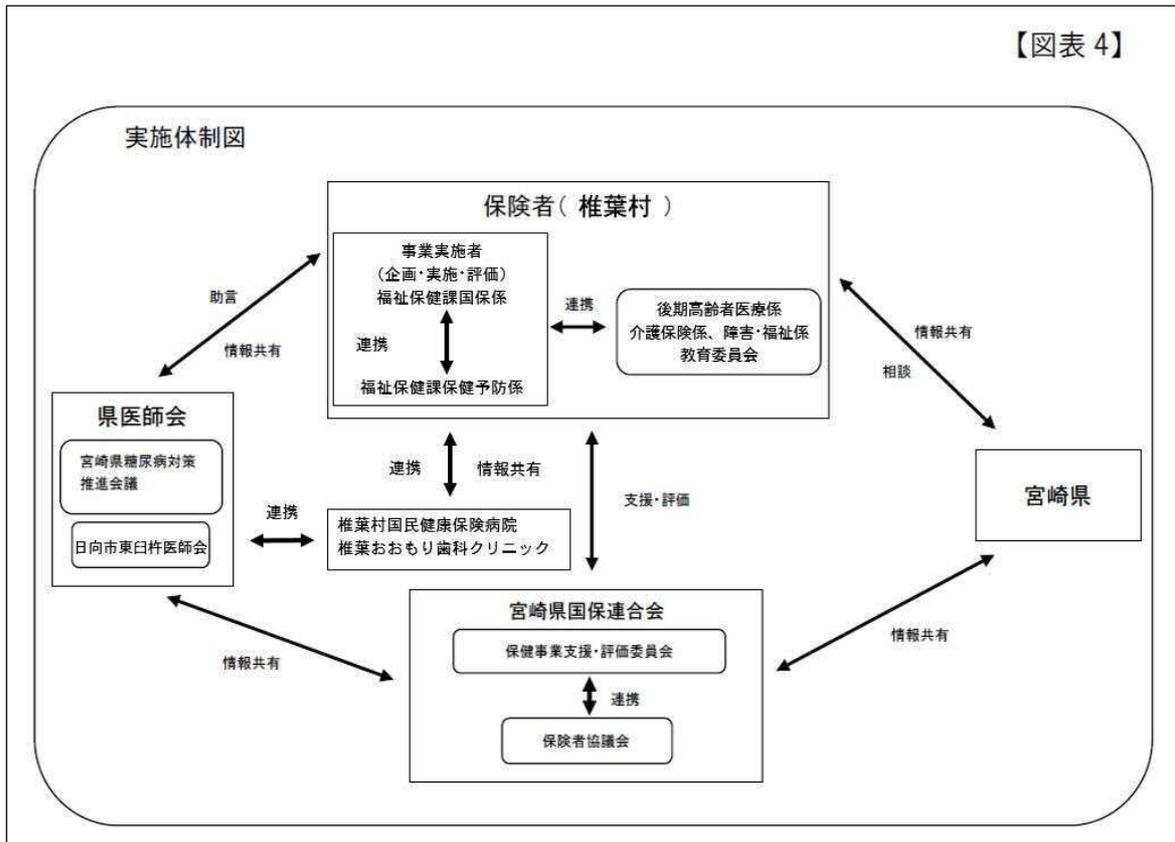
国保連と都道府県は、ともに市町村等の保険者等を支援する立場にあることから、平素から両者が積極的に連携に努める。

保険者等は、転職や加齢等による被保険者の往来が多いことから、他の医療保険者との連携・協力、具体的には、健康・医療情報の分析結果の共有、保険者事業の連携等に努めることが重要である。このためには、保険者協議会等を活用することも有用である。

3) 被保険者の役割

計画は、被保険者の健康の保持増進が最終的な目的であり、その実効性を高める上では、被保険者自身が状況を理解して主体的に積極的に取り組むことが重要である。

椎葉村の実施体制図



4. 保険者努力支援制度

医療費適正化や健康づくりに取り組む自治体等へのインセンティブ制度として、市町村国保では新たに保険者努力支援制度が創設され、平成28年度から、市町村に対して特別調整交付金の一部を活用して前倒しで実施している。(平成30年度から本格実施)

国は、保険者努力支援制度の評価指標について、毎年の実績や実施状況を見ながら進化発展させるとしており、現在は、糖尿病等の重症化予防や保険料収納率の実施状況を高く評価している。(図表5)

保険者努力支援制度

【図表5】

評価指数		H28年度前倒し分		H29年度前倒し分		H30年度
		配点	椎葉村	配点	椎葉村	配点
満点		345		580		850
交付額(千円)			624			
総得点(体制構築加点含む)			280			
全国順位(1,741市町村中)			21			
共通①	特定健診受診率	20	20	35		50
	特定保健指導実施率	20	20	35		50
	メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の減少率	20	10	35		50
共通②	がん検診受診率	10	10	20		30
	歯周疾患(病)健診	10	10	15		25
共通③	重症化予防の取組	40	40	70		100
共通④	個人のインセンティブ提供	20	0	45		70
	個人への分かりやすい情報提供	20	20	15		25
共通⑤	重複服薬者に対する取組	10	0	25		35
共通⑥	後発医薬品の促進の取組	15	11	25		35
	後発医薬品の使用割合	15	0	30		40
固有①	収納率向上	40	40	70		100
固有②	データヘルス計画の取組	10	10	30		40
固有③	医療費通知の取組	10	10	15		25
固有④	地域包括ケアの取組	5	5	15		25
固有⑤	第三者求償の取組	10	4	30		40
固有⑥	適正かつ健全な事業運営の実施状況					50
体制構築加点		70		70		60

※H29年度前倒し分は申請中

第2章 第1期計画に係る評価及び考察と第2期計画における

健康課題の明確化

1. 第1期計画に係る評価及び考察

1) 第1期計画に係る評価

(1) 全体の経年変化

平成25年度と平成28年度の経年比較を見ると、早世予防からみた死亡(65歳未満)の割合は減少していたが、死因別に心臓病・脳疾患による死亡割合は増加しており、特に、脳疾患による死亡は2倍であった。

重症化の指標となる介護や医療の状況を見ると介護認定率の上昇、それに伴う介護給付費の増加がみられた。

また、医療費に占める入院費用の割合は減少し、外来費用割合が増加していることがわかった。医療機関受診率の増加、特定健診受診者における受診勧奨の医療機関受診率の減少と合わせて考えると、健診受診後の適正な医療受診行動の結果により重症化予防につながっていると推測できる。しかし、特定健診未受診者の医療費が増加しているため医療費適正化の観点からも特定健診受診率向上への取組は重要となる。(参考資料1)

(2) 中長期目標の達成状況

① 介護給付費の状況(図表6)

介護給付の変化について、28年度の介護給付費が増えているが、これは、高齢者の割合が増えていることによる。同規模平均での一件当たり介護給付費は居宅、施設ともに減少しているが、椎葉村は居宅、施設ともに増えている。

介護給付費の変化

【図表6】

〔円〕

年度	椎葉村				同規模平均		
	介護給付費 (万円)	1人当たり 給付費	1件当たり給付費		1人当たり 給付費	1件当たり給付費	
			居宅 サービス	施設 サービス		居宅 サービス	施設 サービス
平成25年度	2億9914万円	254,802	28,203	269,246	303,516	40,098	279,554
平成28年度	3億2155万円	273,896	28,386	269,879	308,944	39,649	273,932

② 医療費の状況(図表7)

医療費の変化について、被保険者数の減少により総医療費は減少しているが、一人当たり医療費はほぼ横ばいである。医療費の伸び率を同規模と比較すると椎葉村は入院費用の伸び率を抑制できている。外来医療費は増額となっているが、医療機関受診

により重症化予防に繋がっていると考えられる。

医療費の変化

【図表7】

項目	総医療費(円)												
	全体					入院				入院外			
	費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		費用額	増減	伸び率		
保険者			同規模	保険者			同規模	保険者			同規模		
1 総医療費(円)	H25年度	2億8709万円	-	-	-	1億5121万円	-	-	-	1億3588万円	-	-	-
	H28年度	2億5013万円	△3696万円	△12.9	3.0	1億1266万円	△3855万円	△25.5	2.609	1億3747万円	159万円	1.2	3.3
2 一人当たり医療費(円)	H25年度	21,700	-	-	-	11,430	-	-	-	10,270	-	-	-
	H28年度	21,750	50	0.2	5.8	9,800	△1,630	△14.3	5.5	11,950	1,680	16.4	6.2

※KDBの1人当たり医療費は、月平均額での表示となる。

③ 最大医療資源(中長期的疾患及び短期的な疾患) (図表 8)

中長期目標疾患である脳血管疾患、虚血性心疾患、慢性腎不全に係る医療費割合では、疾患別にみると慢性腎不全(透析)、脳血管疾患、虚血性心疾患に係る割合は減少しているものの慢性腎不全(透析無)に係る割合が増加していることがわかった。

短期目標疾患である糖尿病・高血圧・脂質異常症に係る費用については、国と比較すると高くなっており、特に脂質異常症については、県の2倍近い割合となっている。

データヘルス計画のターゲットとなる疾患が医療費に占める割合(平成25年度と平成28年度との比較)

【図表8】

同規模区分	市町村名	総医療費	一人あたり医療費		中長期目標疾患				短期目標疾患			(中長期・短期) 目標疾患医療費計		新生物	精神疾患	筋・骨疾患	
			金額	順位	腎		脳	心	糖尿病	高血圧	脂質異常症						
					同規模	県内											慢性腎不全(透析有)
H25	稚葉村	287,090,090	21,703	188位	24位	2.84%	0.10%	2.34%	2.66%	3.60%	6.83%	3.69%	63,336,320	22.08%	6.66%	10.91%	9.53%
		H28	250,130,310	21,749	208位	28位	0.30%	0.35%	0.23%	1.78%	4.47%	5.01%	4.05%	40,668,770	16.26%	12.19%	11.24%
H28	宮崎県	98,623,616,320	26,707	--	--	6.46%	0.26%	2.39%	2.17%	4.95%	5.00%	2.12%	23,044,446,990	23.37%	12.64%	12.82%	8.43%
	全国	9,687,968,260,190	24,253	--	--	5.40%	0.35%	2.22%	2.04%	5.40%	4.75%	2.95%	2,287,085,545,700	23.12%	14.20%	9.39%	8.45%

最大医療資源傷病(調剤含む)による分類結果

◆「最大医療資源傷病名」とは、レポートに記載された傷病名のうち最も費用を要した傷病名

【出典】

KDBシステム・健診・医療介護データからみる地域の健康課題

④ 中長期的な疾患 (図表 9)

虚血性心疾患の割合は減少しているが、糖尿病・脂質異常症を合併している人の割合が増加している。

脳血管疾患の割合は減少しているが、高血圧・糖尿病・脂質異常症を合併している人の割合はいずれも増加している。しかしながら、64歳以下で糖尿病を合併している人の割合は半数近くに減少している。

【図表9】

厚労省様式 様式3-5		中長期的な目標								短期的な目標					
		虚血性心疾患						人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	1129	61	5.4	12	19.7	2	3.3	45	73.8	28	45.9	39	63.9	
	64歳以下	790	24	3.0	2	8.3	1	4.2	17	70.8	15	62.5	10	41.7	
	65歳以上	339	37	10.9	10	27.0	1	2.7	28	75.7	13	35.1	29	78.4	
H28	全体	979	44	4.5	4	9.1	1	2.3	29	65.9	23	52.3	32	72.7	
	64歳以下	633	20	3.2	1	5.0	0	0.0	12	60.0	11	55.0	14	70.0	
	65歳以上	346	24	6.9	3	12.5	1	4.2	17	70.8	12	50.0	18	75.0	

厚労省様式 様式3-6		中長期的な目標								短期的な目標					
		脳血管疾患						人工透析		高血圧		糖尿病		脂質異常症	
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	1129	50	4.4	12	24.0	0	0.0	41	82.0	18	36.0	30	60.0	
	64歳以下	790	18	2.3	2	11.1	0	0.0	13	72.2	9	50.0	11	61.1	
	65歳以上	339	32	9.4	10	31.3	0	0.0	28	87.5	9	28.1	19	59.4	
H28	全体	979	36	3.7	4	11.1	1	2.8	30	83.3	14	38.9	23	63.9	
	64歳以下	633	8	1.3	1	12.5	0	0.0	4	50.0	2	25.0	5	62.5	
	65歳以上	346	28	8.1	3	10.7	1	3.6	26	92.9	12	42.9	18	64.3	

厚労省様式 様式3-7		中長期的な目標								短期的な目標					
		人工透析						高血圧		糖尿病		脂質異常症			
		被保険者数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
H25	全体	1129	2	0.2	0	0.0	2	100.0	1	50.0	2	100.0	0	0.0	
	64歳以下	790	1	0.1	0	0.0	1	100.0	1	100.0	1	100.0	0	0.0	
	65歳以上	339	1	0.3	0	0.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	
H28	全体	979	1	0.1	1	100.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	
	64歳以下	633	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	65歳以上	346	1	0.3	1	100.0	1	100.0	0	0.0	1	100.0	0	0.0	

(3) 短期目標の達成状況

① 共通リスク(様式3-2～3-4) (図表10)

中長期目標疾患に共通するリスクである治療状況を見ると、糖尿病治療者(様式3-2)においては、糖尿病治療者は増加しているが、高血圧、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患、人工透析、糖尿病性腎症の割合が減少していることから早期の受診により重症化防止ができたと推測される。今後も糖尿病性腎症重症化予防に積極的に取り組んでいくことが重要である。

【図表10】

厚労省様式 様式3-2		短期的な目標								中長期的な目標									
		被保険者数		糖尿病				高血圧		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析		糖尿病性腎症	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1129	158	14.0	7	4.4	116	73.4	102	64.6	28	17.7	18	11.4	2	1.3	4	2.5	
	64歳以下	790	69	8.7	3	4.3	47	68.1	40	58.0	15	21.7	9	13.0	1	1.4	4	5.8	
	65歳以上	339	89	26.3	4	4.5	69	77.5	62	69.7	13	14.6	9	10.1	1	1.1	0	0.0	
H28	全体	979	140	14.3	8	5.7	100	71.4	88	62.9	23	16.4	14	10.0	1	0.7	3	2.1	
	64歳以下	633	50	7.9	4	8.0	32	64.0	28	56.0	11	22.0	2	4.0	0	0.0	1	2.0	
	65歳以上	346	90	26.0	4	4.4	68	75.6	60	66.7	12	13.3	12	13.3	1	1.1	2	2.2	

厚労省様式 様式3-3		短期的な目標								中長期的な目標					
		被保険者数		高血圧		糖尿病		脂質異常症		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
H25	全体	1129	290	25.7	116	40.0	150	51.7	45	15.5	41	14.1	1	0.3	
	64歳以下	790	121	15.3	47	38.8	50	41.3	17	14.0	13	10.7	1	0.8	
	65歳以上	339	169	49.9	69	40.8	100	59.2	28	16.6	28	16.6	0	0.0	
H28	全体	979	262	26.8	100	38.2	152	58.0	29	11.1	30	11.5	0	0.0	
	64歳以下	633	97	15.3	32	33.0	50	51.5	12	12.4	4	4.1	0	0.0	
	65歳以上	346	165	47.7	68	41.2	102	61.8	17	10.3	26	15.8	0	0.0	

厚労省様式 様式3-4		短期的な目標								中長期的な目標							
		被保険者数		脂質異常症				糖尿病		高血圧		虚血性心疾患		脳血管疾患		人工透析	
				人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
H25	全体	1129	225	19.9	102	45.3	150	66.7	39	17.3	30	13.3	0	0.0			
	64歳以下	790	87	11.0	40	46.0	50	57.5	10	11.5	11	12.6	0	0.0			
	65歳以上	339	138	40.7	62	44.9	100	72.5	29	21.0	19	13.8	0	0.0			
H28	全体	979	216	22.1	88	40.7	152	70.4	32	14.9	23	10.6	0	0.0			
	64歳以下	633	80	12.6	28	35.0	50	62.5	14	17.5	5	6.3	0	0.0			
	65歳以上	346	136	39.3	60	44.1	102	75.0	18	13.2	18	13.2	0	0.0			

②リスクの健診結果経年変化（図表11）

リスクの健診結果の経年変化を見ると、男性、女性ともにBMI、HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧、クレアチニンの有所見者が増加していることがわかった。男性の、腹囲、空腹時血糖は減少しているが、女性は増加している。男女とも中性脂肪、GPTの有所見者は減少している。

男性は、HDL コレステロールの有所見者が増加しており、尿酸、LDL コレステロールの有所見者は減少している。

メタボリックシンドローム予備群は減少したが、該当者は増加したことから予備群から該当者へ増加が進んでおり、内臓脂肪を基盤としたインスリン抵抗性による高血糖状態であることが推測される。

男性も女性もメタボ該当者が増加しており、その中でも血糖と血圧、脂質の3項目全てに該当している人の割合が増加している。

【図表11】

健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する(厚生労働省8-2~8-7)

☆No.23帳票

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
男性	合計	126	40.5	169	54.3	66	21.2	99	31.8	13	4.2	65	20.9	124	39.9	71	22.8	111	35.7	83	26.7	153	49.2	3	1.0
	40-64	83	46.1	103	57.2	40	22.2	69	38.3	7	3.9	35	19.4	61	33.9	44	24.4	56	31.1	56	31.1	99	55.0	1	0.6
	65-74	43	32.8	66	50.4	26	19.8	30	22.9	6	4.6	30	22.9	63	48.1	27	20.6	55	42.0	27	20.6	54	41.2	2	1.5
H28	合計	126	44.7	145	51.4	55	19.5	80	28.4	17	6.0	58	20.6	143	50.7	59	20.9	126	44.7	79	28.0	123	43.6	4	1.4
	40-64	76	51.0	77	51.7	32	21.5	55	36.9	13	8.7	28	18.8	68	45.6	35	23.5	59	39.6	45	30.2	72	48.3	0	0.0
	65-74	50	37.6	68	51.1	23	17.3	25	18.8	4	3.0	30	22.6	75	56.4	24	18.0	67	50.4	34	25.6	51	38.3	4	3.0

性別	年齢	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン	
		25以上		90以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
女性	合計	96	31.3	82	26.7	29	9.4	32	10.4	5	1.6	24	7.8	138	45.0	1	0.3	90	29.3	32	10.4	156	50.8	0	0.0
	40-64	42	28.0	35	23.3	17	11.3	12	8.0	2	1.3	12	8.0	55	36.7	1	0.7	34	22.7	20	13.3	85	56.7	0	0.0
	65-74	54	34.4	47	29.9	12	7.6	20	12.7	3	1.9	12	7.6	83	52.9	0	0.0	56	35.7	12	7.6	71	45.2	0	0.0
H28	合計	86	33.2	71	27.4	23	8.9	21	8.1	4	1.5	30	11.6	145	56.0	2	0.8	106	40.9	32	12.4	109	42.1	1	0.4
	40-64	31	27.7	26	23.2	11	9.8	13	11.6	2	1.8	10	8.9	56	50.0	1	0.9	33	29.5	19	17.0	54	48.2	0	0.0
	65-74	55	37.4	45	30.6	12	8.2	8	5.4	2	1.4	20	13.6	89	60.5	1	0.7	73	49.7	13	8.8	55	37.4	1	0.7

メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握(厚生労働省様式8-8)

☆No.24帳票

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
		高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て									
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
男性	合計	311	69.3	32	10.3%	68	21.9%	4	1.3%	50	16.1%	14	4.5%	69	22.2%	5	1.6%	7	2.3%	42	13.5%	15	4.8%
	40-64	180	64.1	25	13.9%	43	23.9%	3	1.7%	31	17.2%	9	5.0%	35	19.4%	3	1.7%	5	2.8%	23	12.8%	4	2.2%
	65-74	131	78.0	7	5.3%	25	19.1%	1	0.8%	19	14.5%	5	3.8%	34	26.0%	2	1.5%	2	1.5%	19	14.5%	11	8.4%
H28	合計	282	71.2	23	8.2%	51	18.1%	2	0.7%	38	13.5%	11	3.9%	71	25.2%	11	3.9%	3	1.1%	39	13.8%	18	6.4%
	40-64	149	68.3	18	12.1%	28	18.8%	0	0.0%	21	14.1%	7	4.7%	31	20.8%	4	2.7%	3	2.0%	16	10.7%	8	5.4%
	65-74	133	74.7	5	3.8%	23	17.3%	2	1.5%	17	12.8%	4	3.0%	40	30.1%	7	5.3%	0	0.0%	23	17.3%	10	7.5%

性別	年齢	健診受診者		腹囲のみ		予備群						該当者											
		高血糖		高血圧		脂質異常症		血糖+血圧		血糖+脂質		血圧+脂質		3項目全て									
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合				
女性	合計	307	83.7	12	3.9%	43	14.0%	3	1.0%	33	10.7%	7	2.3%	27	8.8%	2	0.7%	1	0.3%	17	5.5%	7	2.3%
	40-64	150	80.6	7	4.7%	19	12.7%	3	2.0%	13	8.7%	3	2.0%	9	6.0%	0	0.0%	1	0.7%	8	5.3%	0	0.0%
	65-74	157	86.7	5	3.2%	24	15.3%	0	0.0%	20	12.7%	4	2.5%	18	11.5%	2	1.3%	0	0.0%	9	5.7%	7	4.5%
H28	合計	259	84.6	8	3.1%	28	10.8%	3	1.2%	16	6.2%	9	3.5%	35	13.5%	3	1.2%	0	0.0%	21	8.1%	11	4.2%
	40-64	112	79.4	6	5.4%	10	8.9%	2	1.8%	4	3.6%	4	3.6%	10	8.9%	1	0.9%	0	0.0%	7	6.3%	2	1.8%
	65-74	147	89.1	2	1.4%	18	12.2%	1	0.7%	12	8.2%	5	3.4%	25	17.0%	2	1.4%	0	0.0%	14	9.5%	9	6.1%

③特定健診受診率・特定保健指導実施率(図表12)

特定健診受診率と特定保健指導率のどちらも増加している。今後も重症化を予防していくためには、特定健診受診率の向上と要フォロー者への受診勧奨と保健指導の取組が重要となってくる。

特定健診受診率、特定保健指導実施率、受診勧奨者経年比較

【図表12】

項目	特定健診				特定保健指導			受診勧奨者	
	対象者数	受診者数	受診率	同規模内の順位	対象者数	終了者数	実施率	医療機関受診率	
								保険者	同規模平均
H25年度	816	618	75.7	3	88	17	19.3	40.5	50.4
H28年度	702	541	77.1	4	75	49	65.3	40.3	51.6

※H29.9.22時点

2) 第1期に係る考察

第1期計画において、中長期目標疾患である脳血管疾患・虚血性心疾患・慢性腎不全を重点に重症化予防を進めてきた。

その結果、外来受療率の増加・入院医療費の抑制などの医療費適正化に繋がったと思われる。しかし、介護認定率の増加、介護給付費の増加など新たな課題もみえてきた。

また、治療に繋がったが、継続した治療ができていないか、など重症化予防の視点として医療機関受診後の支援も保険者が取り組むべき重要な課題である。適正な医療につながるためには、住民自ら体の状態を確認できる場としての特定健診は、重要であり、特定健診受診率向上は重要な取り組むべき課題である。

2. 第2期計画における健康課題の明確化

1) 中長期目標の視点における医療費適正化の状況

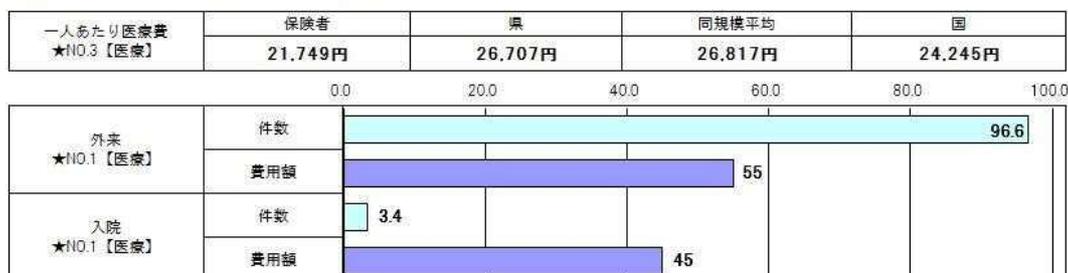
(1)入院と入院外の件数・費用額の割合の比較 (図表13)

椎葉村の入院件数は3.4%で、費用額全体の45.0%を占めている。入院を減らしていくことは重症化予防にもつながり費用対効果の面からも効率がよい。

「集団の疾患特徴の把握」

★KDBで出力可能な帳票NO 【図表13】

1 入院と入院外の件数・費用額の割合の比較



○入院を重症化した結果としてとらえる

(2)何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか (図表14)

100万円以上になる高額レセプトは心疾患が2件であった。人工透析患者では、

該当者全員が脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症に該当した。

平成 28 年 5 月の診療分のレセプトで生活習慣病の治療数の構成割合は、高血圧 60.5%、糖尿病 32.3%、脂質異常症 49.9%、高尿酸血症 9.0%である。

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の生活習慣病の治療者数の構成割合は平成 25 年 5 月診療分と比べて減少した。

2 何の疾患で入院しているのか、治療を受けているのか

【図表 14】

医療費の負担額が大きい疾患、将来的に医療費の負担が増大すると予測される疾患について、予防可能な疾患かどうかを見極める。

厚労省様式	対象レセプト (H28年度)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式1-1 ★NO.10 (CSV)	高額になる疾患 (100万円以上レセ)	件数	21件	0件 0.0%	2件 9.5%	--
		費用額	2940万円	--	279万円 9.5%	--
様式2-1 ★NO.11 (CSV)	長期入院 (6か月以上の入院)	件数	59件	0件 0.0%	0件 0.0%	--
		費用額	2932万円	--	--	--
様式2-2 ★NO.11 (CSV)	人工透析患者 (長期化する疾患)	件数	3件	3件 100.0%	3件 100.0%	3件 100.0%
		費用額	160万円	160万円 100.0%	160万円 100.0%	160万円 100.0%

厚労省様式	対象レセプト (H28年度5月診療分)	全体	脳血管疾患	虚血性心疾患	糖尿病性腎症	
様式3 ★NO.13~19 (帳票)	生活習慣病の治療者数 構成割合	全体	433人	36人 8.3%	44人 10.2%	3人 0.7%
		基礎疾患 の重なり	高血圧	30人 83.3%	29人 65.9%	3人 100.0%
			糖尿病	14人 38.9%	23人 52.3%	3人 100%
			脂質異常症	23人 63.9%	32人 72.7%	2人 66.7%
		高血圧症	262人 60.5%	糖尿病 140人 32.3%	脂質異常症 216人 49.9%	高尿酸血症 39人 9.0%

○生活習慣病は、自覚症状がないまま症状が悪化する。生活習慣病は予防が可能であるため、保健事業の対象とする。

(3)何の疾患で介護保険をうけているのか (図表 15)

介護認定者におけるレセプト分析では、血管疾患によるものが 87.5%であり、筋・骨格疾患の 75.0%を上回っていた。

血管疾患共通のリスクである高血圧・糖尿病・脂質異常症の重症化を防ぐことは、介護予防にもつながる。

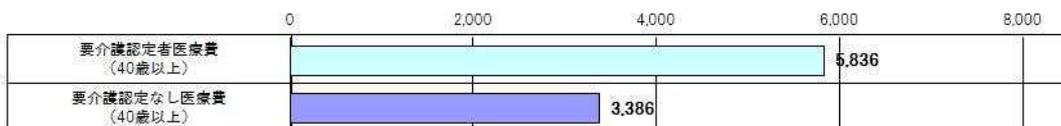
3 何の疾患で介護保険を受けているのか

H28 【図表15】

要介護認定状況 ★NO.47	受給者区分		2号		1号				合計				
	年齢		40～64歳	65～74歳	75歳以上	計							
	被保険者数		1,099人	467人	707人	1,174人		2,273人					
	認定者数		1人	12人	206人	218人		219人					
	認定率		0.09%	2.6%	29.1%	18.6%		9.6%					
	新規認定者数		0人	1人	2人	3人		3人					
介護度別人数	要支援1～2		0	4	60	64		64					
	要介護1～2		0	3	49	52		52					
	要介護3～5		1	5	97	102		103					
要介護 実合状況 ★NO.49	(レセプトの診断名より重複して計上)	疾患	順位	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合	疾病	件数 割合		
		件数	--	0	7	1	8	8					
		循環器 疾患	1	脳卒中	0	脳卒中	2	脳卒中	1	脳卒中	3	脳卒中	3
					--	--	28.6%	100.0%	37.5%	37.5%			
			2	虚血性 心疾患	0	虚血性 心疾患	1	虚血性 心疾患	0	虚血性 心疾患	1	虚血性 心疾患	1
				--	--	14.3%	0.0%	12.5%	12.5%				
		3	腎不全	0	腎不全	1	腎不全	0	腎不全	1	腎不全	1	
				--	--	14.3%	0.0%	12.5%	12.5%				
		基礎疾患	糖尿病等	0	糖尿病等	6	糖尿病等	1	糖尿病等	7	糖尿病等	7	
				--	--	85.7%	100.0%	87.5%	87.5%				
		血管疾患 合計	合計	0	合計	6	合計	1	合計	7	合計	7	
				--	--	85.7%	100.0%	87.5%	87.5%				
認知症	認知症	0	認知症	1	認知症	1	認知症	2	認知症	2			
		--	--	14.3%	100.0%	25.0%	25.0%						
筋・骨格疾患	筋骨格系	0	筋骨格系	5	筋骨格系	1	筋骨格系	6	筋骨格系	6			
		--	--	71.4%	100.0%	75.0%	75.0%						

介護を受けている人と受けていない人の医療費の比較

★NO.1 【介護】



2) 健診受診者の実態 (図表 16・17)

糖尿病等生活習慣病の発症には、内臓脂肪の蓄積が関与しており、肥満に加え高血圧、高血糖、脂質異常症が重複した場合は、虚血性心疾患、脳血管疾患、糖尿病性腎症等のリスクが高くなる。

椎葉村においては、全国と比較してメタボリックシンドローム予備群・該当者が多く、健診結果の有所見状況でも BMI・腹囲・GPT・空腹時血糖・尿酸など内臓脂肪の蓄積によるものであることが推測される。

4 健診データのうち有所見者割合の高い項目や年代を把握する（厚生労働省様式6-2～6-7）

★NO.23（帳票） 【図表16】

性別	BMI		腹囲		中性脂肪		GPT		HDL-C		空腹時血糖		HbA1c		尿酸		収縮期血圧		拡張期血圧		LDL-C		クレアチニン		
	25以上		85以上		150以上		31以上		40未満		100以上		5.6以上		7.0以上		130以上		85以上		120以上		1.3以上		
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数
全国	30.6		50.2		28.2		20.5		8.6		28.3		55.7		13.8		48.4		24.1		47.5		1.8		
県	9,619	31.6	15,692	51.6	7,839	25.8	6,273	20.6	3,251	10.7	11,564	38.0	16,949	55.8	6,826	22.5	15,925	52.4	6,576	21.6	13,301	43.8	691	2.3	
保険者	合計	126	44.7	145	51.4	55	19.5	80	28.4	17	6.0	56	20.6	143	50.7	59	20.9	126	44.7	79	28.0	123	43.8	4	1.4
	40-64	76	51.0	77	51.7	32	21.5	55	36.9	13	8.7	28	18.8	68	45.6	35	23.5	59	39.6	45	30.2	72	48.3	0	0.0
	65-74	50	37.6	68	51.1	23	17.3	25	18.8	4	3.0	30	22.6	75	56.4	24	18.0	67	50.4	34	25.6	51	38.3	4	3.0

*全国については、有所見割合のみ表示

5 メタボリックシンドローム該当者・予備群の把握（厚生労働省様式6-8）

★NO.24（帳票） 【図表17】

性別	健診受診者	腹囲のみ		予備群		高血糖		高血圧		脂質異常症		該当者	血糖＋血圧		血糖＋脂質		血圧＋脂質		3項目全て				
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合	人数	割合	人数	割合		人数	割合		
		全国	282	71.2	23	8.2%	51	18.1%	2	0.7%	38		13.5%	11	3.9%	71	25.2%	11		3.9%	3	1.1%	39
保険者	合計	149	68.3	18	12.1%	28	18.8%	0	0.0%	21	14.1%	7	4.7%	31	20.8%	4	2.7%	3	2.0%	16	10.7%	8	5.4%
	40-64	133	74.7	5	3.8%	23	17.3%	2	1.5%	17	12.8%	4	3.0%	40	30.1%	7	5.3%	0	0.0%	23	17.3%	10	7.5%
	65-74	147	89.1	2	1.4%	18	12.2%	1	0.7%	12	8.2%	5	3.4%	25	17.0%	2	1.4%	0	0.0%	14	9.5%	9	6.1%

*全国については、有所見割合のみ表示

3) 糖尿病、血圧、LDL のコントロール状況（図表18）

高血圧と脂質異常症に関しては、服薬治療をすることでコントロールすることができているが、HbA1c の状況を見ると、治療中の方で継続受診者でもコントロール不良者が多いことが分かる。良好な血糖コントロールを保つために、糖尿病の治療の基本は食事と運動と服薬の三要素でそのどれが欠けてもいけないということを理解していただける保健指導ができていないと考えられる。

平成29年度から、糖尿病管理台帳の作成を行い、対象者の良好な血糖コントロールを目指しての保健指導を開始した。継続受診者のHbA1c6.5以上の割合を減らしていくことが重症化予防のための今後の大きな課題である。

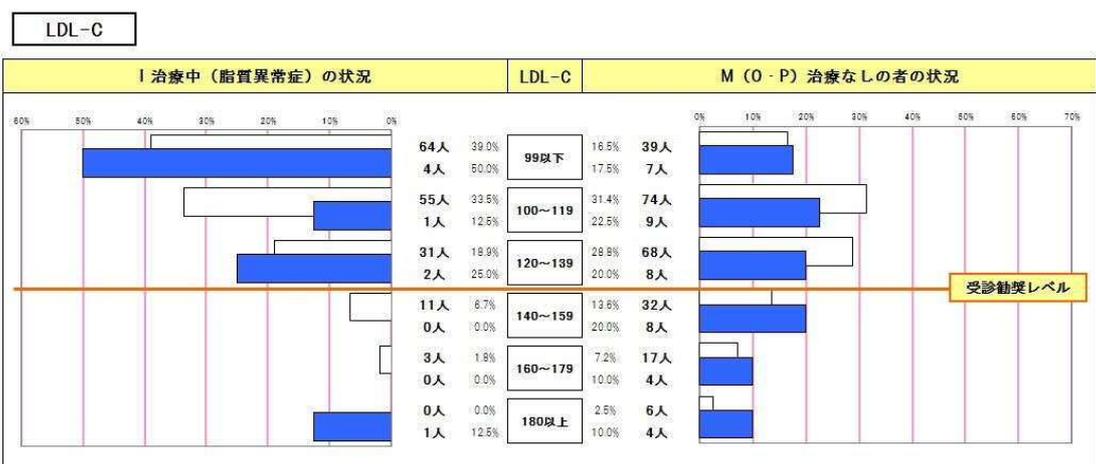
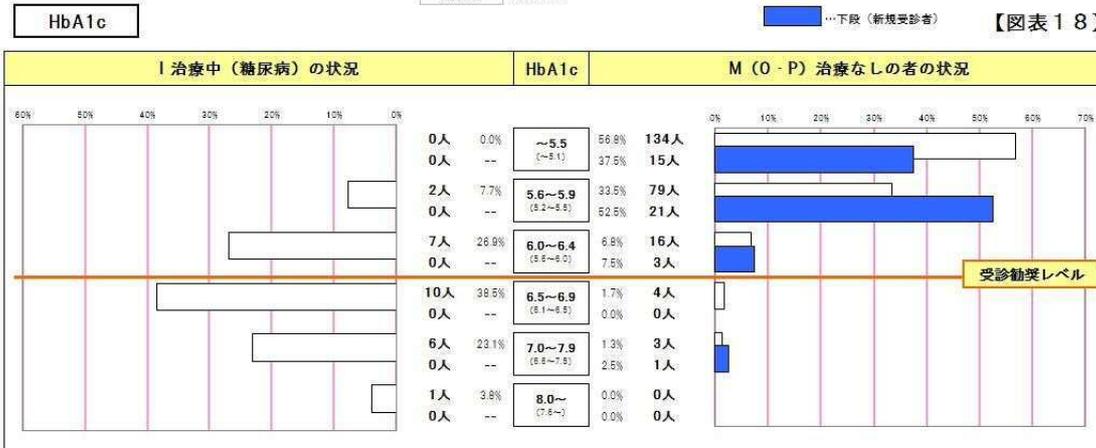
継続受診者と新規受診者の比較

推奨村 平成28年度

…上段 (継続受診者)

…下段 (新規受診者)

【図表18】



4) 未受診者の把握 (図表19)

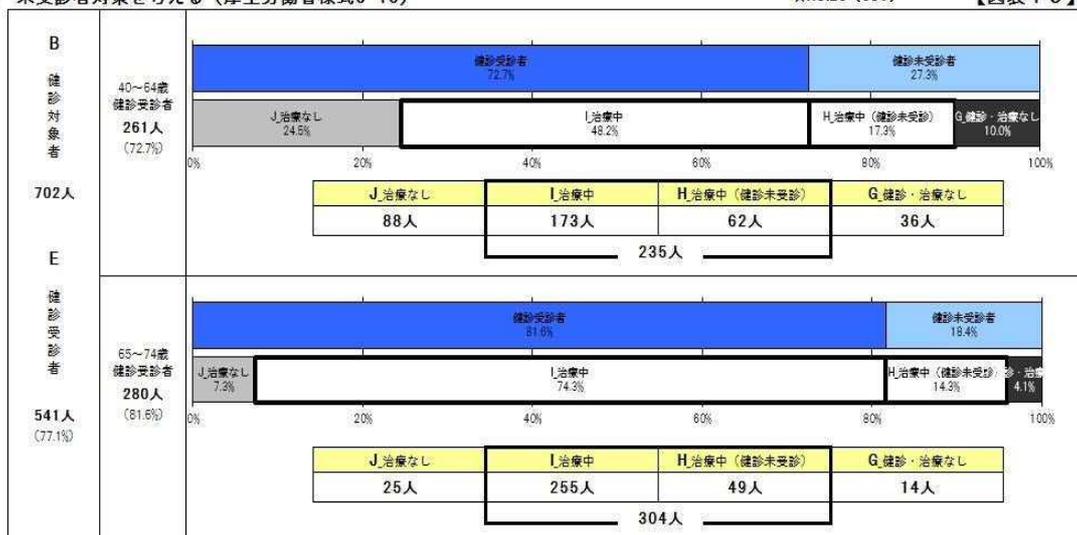
医療費適正化において、重症化予防の取り組みは重要であるが、健診も治療も受けていない「G」を見ると、年齢が若い40~64歳の割合が10.0%と65~74歳の同値に比べ高くなっている。健診も治療も受けていないということは、体の実態が全く分からない

い状態である。また、本村においてはほとんどの人が健診を受診しており、特に 65～74 歳の健診受診者の 91.1%が治療中の状況にあるため、健診受診者の医療費が未受診者に比べ高くなっている。

6 未受診者対策を考える（厚生労働省様式6-10）

★NO.26 (CSV)

【図表 19】



OG_健診・治療のない人は重症化しているかどうか、実態がわからない。まずは健診の受診勧奨を徹底し、状態に応じた保健指導を行い、健診のリピーターを増やす

7 費用対効果：特定健診の受診有無と生活習慣病治療にかかっているお金

★NO.3_⑥

	費用 (円)
健診受診者の生活習慣病治療費	15,301円
健診未受診者の生活習慣病治療費	10,059円

生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施することにより、生活習慣病の発症予防・重症化予防につながる。

3) 目標の設定

(1) 成果目標

①中長期的な目標の設定

これまでの健診・医療情報を分析した結果、医療費が高額となる疾患、6か月以上の長期入院となる疾患、人工透析となる疾患及び介護認定者の有病状況の多い疾患である、脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症を減らしていくこと、もしくは増やさないことを目標とする。また、3年後の平成32年度に進捗管理のための中間評価を行い、必要時計画及び評価の見直しをする。

今後、高齢化が進展すること、また年齢が高くなるほど、脳、心臓、腎臓の3つの臓器の血管も傷んでくることを考えると、医療費そのものを抑えることは厳しいことから、

医療費の伸びを抑えることを目標とする。

②短期的な目標の設定

脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の血管変化における共通のリスクとなる、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等を減らしていくことを短期的な目標とする。

具体的には、日本人の食事摂取基準(2015年版)の基本的な考え方を基に、1年、1年、血圧、血糖、脂質、慢性腎臓病(CKD)の検査結果を改善していくこととする。

そのためには、医療受診が必要な者に適切な働きかけや、治療の継続への働きかけをするとともに、医療受診を中断している者についても適切な保健指導を行う。その際には、必要に応じて、医療機関と十分な連携を図ることとする。

また、治療中のデータから、解決していない疾患にメタボリックシンドロームと糖尿病があげられる。

これは、治療において薬物療法だけでは改善が難しく、食事療法と併用して治療を行うことが必要な疾患であるため、栄養指導等の保健指導を行っていく。

さらに生活習慣病は自覚症状がなく、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導を実施、生活習慣病の発症予防・重症化予防につなげることが重要で、その目標値は、第3章の「特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)」に記載する。

第3章 特定健診・特定保健指導の実施(法定義務)

1. 第三期特定健診等実施計画について

医療保険者は、高齢者の医療の確保に関する法律第19条において、実施計画を定めるものとされている。

なお、第一期及び第二期は5年を一期としていたが、医療費適正化計画等が見直されたことをふまえ、第三期（平成30年度以降）からは6年一期として策定する。

2. 目標値の設定

【図表20】

	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診実施率	78.0 %	78.0 %	79.0 %	79.0 %	79.5 %	80.0 %
特定保健指導実施率	70.0 %	70.0 %	70.0 %	70.0 %	70.0 %	70.0 %

3. 対象者の見込み

【図表21】

		平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成33年度	平成34年度	平成35年度
特定健診	対象者数	682 人	667 人	656 人	651 人	641 人	610 人
	受診者数	531 人	520 人	518 人	514 人	509 人	488 人
特定保健指導	対象者数	73 人	72 人	72 人	71 人	70 人	68 人
	実施者数	51 人	50 人	50 人	50 人	49 人	48 人

4. 特定健診の実施

(1)実施方法

健診については、宮崎県健康づくり協会および高野病院（総合健診と合わせて実施）に委託する。

- ① 集団健診－椎葉村保健センター他

(2)特定健診委託基準

高齢者の医療の確保に関する法律第28条、及び実施基準第16条第1項に基づき、具体的に委託できる者の基準については厚生労働大臣の告示において定められている。

(3)健診実施機関リスト

特定健診実施機関については、村広報誌に掲載するほか、対象者には個別で案内する。

(4)特定健診実施項目

内臓脂肪型肥満に着目した生活習慣病予防のための特定保健指導を必要とする人を抽出する国が定めた項目に加え、追加の検査（HbA1c・血清クレアチニン・尿酸、尿潜血）を実施する。また、血中脂質検査のうちLDL コレステロールについては、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合は-HDL コレステロールの測定に変えられる。（実施基準第1条4項）

(5)実施時期

4月から翌年3月末まで実施する。

(6)医療機関との適切な連携

治療中であっても特定健診の受診対象者であることから、かかりつけ医から本人へ健診の受診勧奨を行うよう、医療機関へ十分な説明を実施する。

また、本人同意のもとで、保険者が診療における検査データの提供を受け、特定健診結果のデータとして円滑に活用できるよう、かかりつけ医の協力及び連携を行う。

(7)代行機関

特定健診に係る費用の請求・支払の代行は、宮崎県国民健康保険団体連合会に事務処理を委託する。

(8)健診の案内方法・健診実施スケジュール

実施率を高めるためには、対象者に認知してもらうことが不可欠であることから、受診の案内の送付に関わらず、医療保険者として加入者に対する基本的な周知広報活動について、どのように行う予定なのか記載する。（図表22）

【図表22】

健診の案内方法	
5月が特定健診集団健診となっているため、4月に全対象者に対して個別通知による受診勧奨を行う。併せて、村広報誌にも健診の内容等を記載し、広報をする。	
当該年度に総合健診事業の対象で、受診された方については特定健診を受診したとみなす。	
5月の集団健診を受診しなかった場合には、7～8月にかけて未受診者へ個別通知や電話での受診勧奨を行う。	
健診実施スケジュール	
4月	: 健診対象者抽出
5月	: 集団特定健診実施
5月～3月	: 総合健診事業
7月～8月	: 集団特定健診もれ者健診案内・実施

5. 特定保健指導の実施

特定保健指導の実施については、保険者直接実施への執行委任の形態でおこなう。

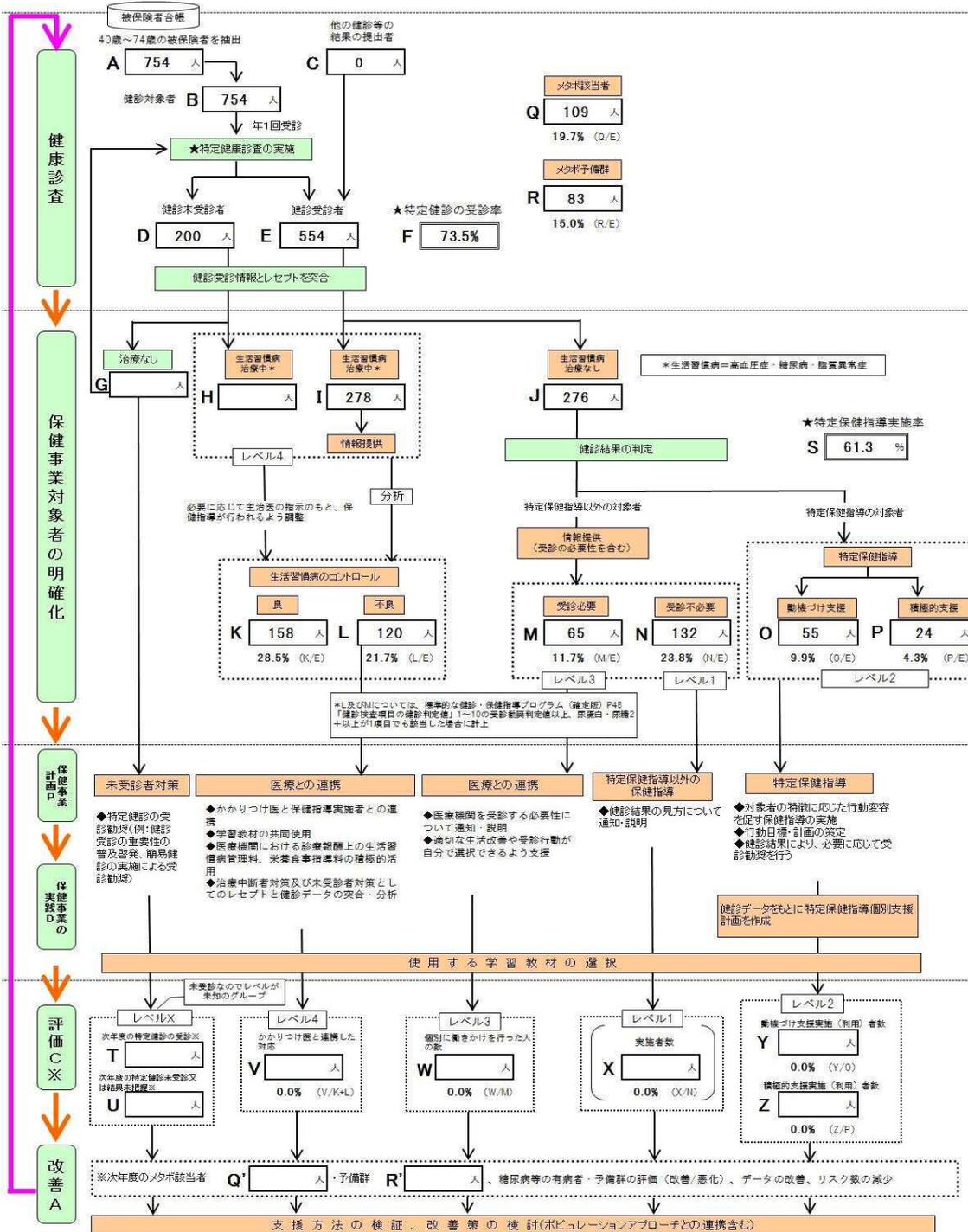
(1)健診から保健指導実施の流れ

「標準的な健診・保健指導のプログラム(平成30年版)」様式5-5をもとに、健診結果から保健指導対象者の明確化、保健指導計画の策定・実践評価を行う。(図表23)

【図表23】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導
健診から保健指導実施へのフローチャート (平成28年度実績)

様式6-10



(2)要保健指導対象者数の見込み、選定と優先順位・支援方法（図表 24）

【図表 24】

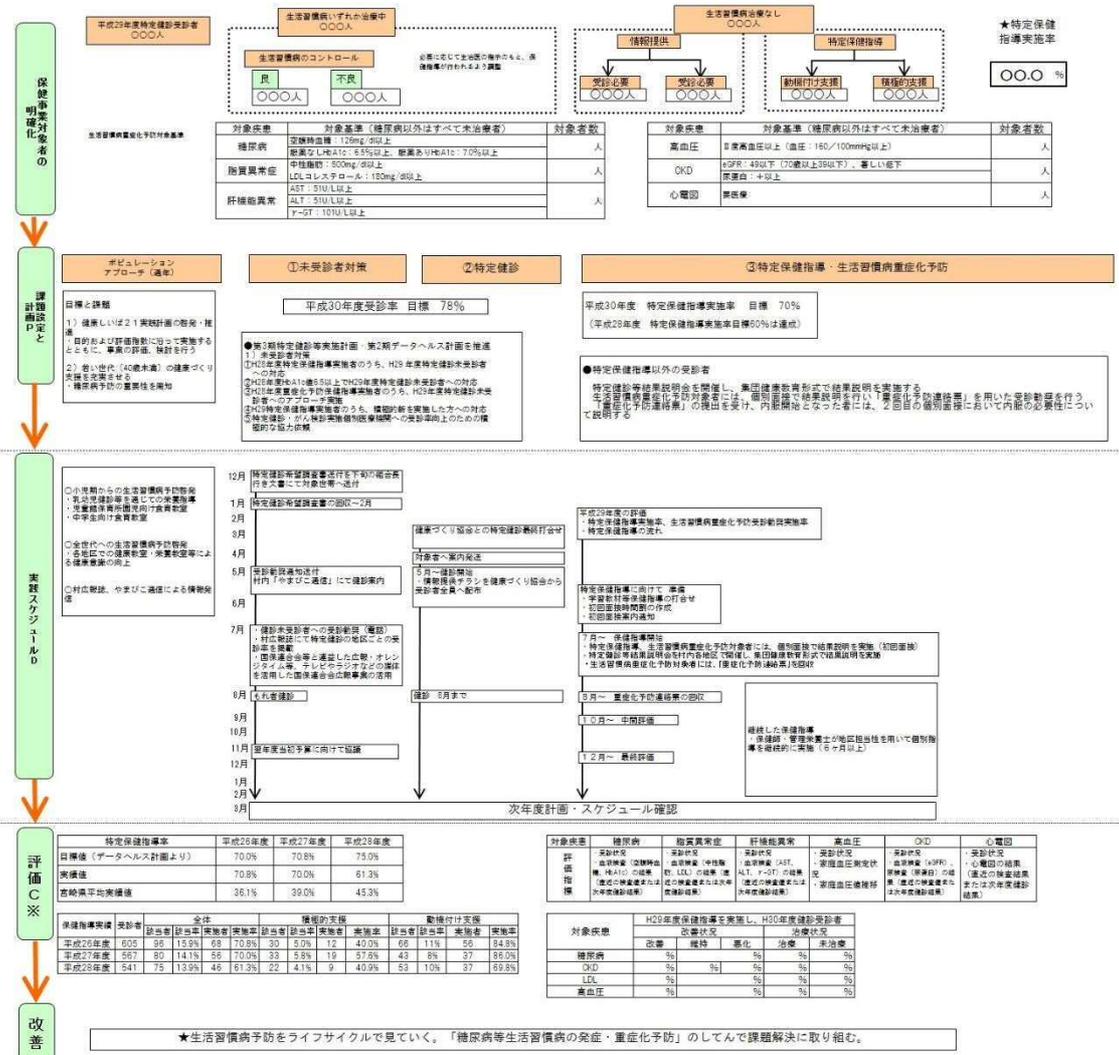
優先順位	様式 6-10	保健指導レベル	支援方法	対象者数見込 (受診者の〇%)	目標実施率
1	O P	特定保健指導 O：動機付け支援 P：積極的支援	◆対象者の特徴に応じた行動変容を促す保健指導の実施 ◆行動目標・計画の策定 ◆健診結果により、必要に応じて受診勧奨を行う	79人 (14.2)	70%
2	M	情報提供(受診必要)	◆医療機関を受診する必要性について通知・説明 ◆適切な生活改善や受診行動が自分で選択できるよう支援	65人 (11.7)	HbA1c6.5以上については 100%
3	D	健診未受診者	◆特定健診の受診勧奨（例：健診受診の重要性の普及啓発、簡易健診の実施による受診勧奨）	200人	100%
4	N	情報提供	◆健診結果の見方について通知・説明	132人 (23.8)	—
5	I	情報提供	◆かかりつけ医と保健指導実施者との連携 ◆学習教材の共同使用 ◆医療機関における診療報酬上の生活習慣病管理料、栄養食事指導料の積極的活用 ◆治療中断者対策及び未受診者対策としてのレセプトと健診データの突合・分析	278人 (50.2)	—

(3)生活習慣予防のための健診・保健指導の実践スケジュール

目標に向かっての進捗状況管理とP D C Aサイクルで実践していくため、年間実施スケジュールを作成する。（図表 25）

【図表 25】

糖尿病等生活習慣病予防のための健診・保健指導の実践スケジュール（平成30年度）
対象者の明確化から計画・実践・評価まで



6. 個人情報保護

(1)基本的な考え方

特定健康診査・特定保健指導で得られる健康情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律および椎葉村個人情報保護条例を踏まえた対応を行う。

また、特定健康診査を外部委託する際は、個人情報の厳重な管理や、目的外使用の禁止等を契約書に定めるとともに、委託先の契約状況を管理する。

(2)特定健診・保健指導の記録の管理・保存期間について

特定健康診査・特定保健指導の記録の管理は、特定健康診査等データ管理システムで

行う。

7. 結果の報告

実績報告については、特定健診データ管理システムから実績報告用データを作成し、健診実施年度の翌年度 11 月 1 日までに報告する。

8. 特定健康診査等実施計画の公表・周知

高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第 3 項（保険者は、特定健康診査等実施計画を定め、又はこれを変更したときは、遅延なく、これを公表しなければならない）に基づく計画は、椎葉村ホームページ等への掲載により公表、周知する。

第4章 保健事業の内容

I 保健事業の方向性

保健事業の実施にあたっては糖尿病性腎症、虚血性心疾患、脳血管疾患における共通のリスクとなる糖尿病、高血圧、脂質異常症、メタボリックシンドローム等の減少を目指すために特定健診における血糖、血圧、脂質の検査結果を改善していくこととする。そのためには重症化予防の取組とポピュレーションアプローチを組み合わせ実施していく必要がある。

重症化予防としては、生活習慣病重症化による合併症の発症・進展抑制を目指し、糖尿病性腎症重症化予防・虚血性心疾患重症化予防・脳血管疾患重症化予防の取組を行う。具体的には医療受診が必要な者には適切な受診への働きかけを行う受診勧奨を、治療中の者へは医療機関と連携し重症化予防のための保健指導を実施していく。

ポピュレーションアプローチの取組としては、生活習慣病の重症化により医療費や介護費用等の実態を広く村民へ周知する。

また生活習慣病は自覚症状がないため、まずは健診の機会を提供し、状態に応じた保健指導の実施も重要になってくる。そのため特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上にも努める必要がある。その実施にあたっては第3章の特定健診等実施計画に準ずるものとする。

II 重症化予防の取組

1. 糖尿病性腎症重症化予防

1) 基本的な考え方

糖尿病性腎症重症化予防の取組にあたっては「糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開」報告書(平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ)及び宮崎糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき以下の視点で、PDCAに沿って実施する。なお、取組にあたっては図表26に沿って実施する。

- (1)健康診査・レセプト等で抽出されたハイリスク者に対する受診勧奨、保健指導
- (2)治療中の患者に対する医療と連携した保健指導
- (3)糖尿病治療中断者や健診未受診者に対する対応

【図表 26】

【糖尿病性腎症重症化予防の基本的な取組の流れ】

NO	項目	ストラクチャー	プロセス	アウトプット	アウトカム	済
1	チーム形成(国保・衛生・広域等)	○				□
2	健康課題の把握	○				□
3	チーム内での情報共有	○				□
4	保健事業の構想を練る(予算等)	○				□
5	医師会等への相談(情報提供)	○				□
6	糖尿病対策推進会議等への相談	○				□
7	情報連携方法の確認	○				□
8	対象者選定基準検討		○			□
9	基準に基づく該当者数試算		○			□
10	介入方法の検討		○			□
11	予算・人員配置の確認	○				□
12	実施方法の決定		○			□
13	計画書作成		○			□
14	募集方法の決定		○			□
15	マニュアル作成		○			□
16	保健指導等の準備		○			□
17	(外部委託の場合) 事業者との協議、関係者への共有	○				□
18	個人情報の取り決め	○				□
19	苦情、トラブル対応	○				□
20	D 介入開始(受診勧奨)		○			□
21	記録、実施件数把握			○		□
22	かかりつけ医との連携状況把握		○			□
23	レセプトにて受診状況把握				○	□
24	D 募集(複数の手段で)		○			□
25	対象者決定		○			□
26	D 保健指導 介入開始(初回面接)		○			□
27	継続的支援		○			□
28	カンファレンス、安全管理		○			□
29	かかりつけ医との連携状況確認		○			□
30	記録、実施件数把握			○		□
31	C 評価報告 3ヶ月後実施状況評価				○	□
32	6ヶ月後評価(健診・レセプト)				○	□
33	1年後評価(健診・レセプト)				○	□
34	医師会等への事業報告	○				□
35	糖尿病対策推進会議等への報告	○				□
36	A 改善 改善点の検討		○			□
37	マニュアル修正		○			□
38	次年度計画策定		○			□

*平成29年7月10日 重症化予防(国保・後期広域)ワーキンググループ 糖尿病性腎症重症化予防の更なる展開 図表15を改変

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

対象者の選定基準にあたってはプログラムに準じ、抽出すべき対象者を以下とする。

- ① 医療機関未受診者
- ② 医療機関受診中断者
- ③ 糖尿病治療中者
 - ア. 糖尿病性腎症で通院している者
 - イ. 糖尿病性腎症を発症していないが高血圧、メタボリックシンドローム該当者等リスクを有する者

(2) 選定基準に基づく該当数の把握

① 対象者の抽出

取り組みを進めるにあたって、選定基準に基づく該当者を把握する必要がある。その方法として、国保が保有するレセプトデータ及び特定健診データを活用し該当者数把握を行う。腎症重症化ハイリスク者を抽出する際は「糖尿病性腎症病期分類」(糖尿病性腎症合同委員会)を基盤とする。(図表 27)

【図表 27】

病期	尿アルブミン値 (mg/gCr) あるいは 尿蛋白値 (g/gCr)	GFR (eGFR) (ml/分/1.73m ²)
第1期 (腎症前期)	正常アルブミン尿 (30 未満)	30以上注2
第2期 (早期腎症期)	微量アルブミン尿 (30~299)注3	30以上
第3期 (顕性腎症期)	顕性アルブミン尿 (300 以上) あるいは 持続性蛋白尿 (0.5以上)	30以上注4
第4期 (腎不全期)	問わない注5	30未満
第5期 (透析療法期)	透析療法中	

糖尿病性腎症病期分類では尿アルブミン値及び腎機能(eGFR)で把握していく。椎葉村においては特定健診にて血清クレアチニン検査、尿蛋白(定性)検査を必須項目として実施しているため腎機能(eGFR)の把握は可能であるが、尿アルブミンについては把握が難しい。CKD 診療ガイド2012では尿アルブミン定量(mg/dl)に対応する尿蛋白を正常アルブミン尿と尿蛋白(-)、微量アルブミン尿と尿蛋白(±)、顕性アルブミン尿(+)としていることから尿蛋白(定性)検査でも腎症病期の推測が可能となる。(参考資料 2)

② 基準に基づく該当者数の把握

レセプトデータと特定健診データを用い医療機関受診状況を踏まえて対象者数把握を行った。(図表 28)

椎葉村において特定健診受診者のうち糖尿病未治療者は 18 人(41%・F)であった。また 40～74 歳における糖尿病治療者 140 人中のうち、特定健診受診者が 26 人(18.6%・G)であったが、4 人(15.4%・キ)は中断であった。

糖尿病治療者で特定健診未受診者 114 人(81.4%・I)のうち、過去5年に 1 度でも特定健診受診歴がある者 17 人中 4 人は治療中断であることが分かった。また、13 人については継続受診中であるがデータが不明なため重症化予防に向けて医療機関と連携した介入が必要になってくる。

③ 介入方法と優先順位

図表 28 より椎葉村においての介入方法を以下の通りとする。

優先順位1

【受診勧奨】

- ① 糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関未受診者(F)・・・18 人
- ② 糖尿病治療中であったが中断者(オ・キ)・・・8 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

優先順位2

【保健指導】

・糖尿病通院する患者のうち重症化するリスクの高い者(ク)・・・22 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

優先順位3

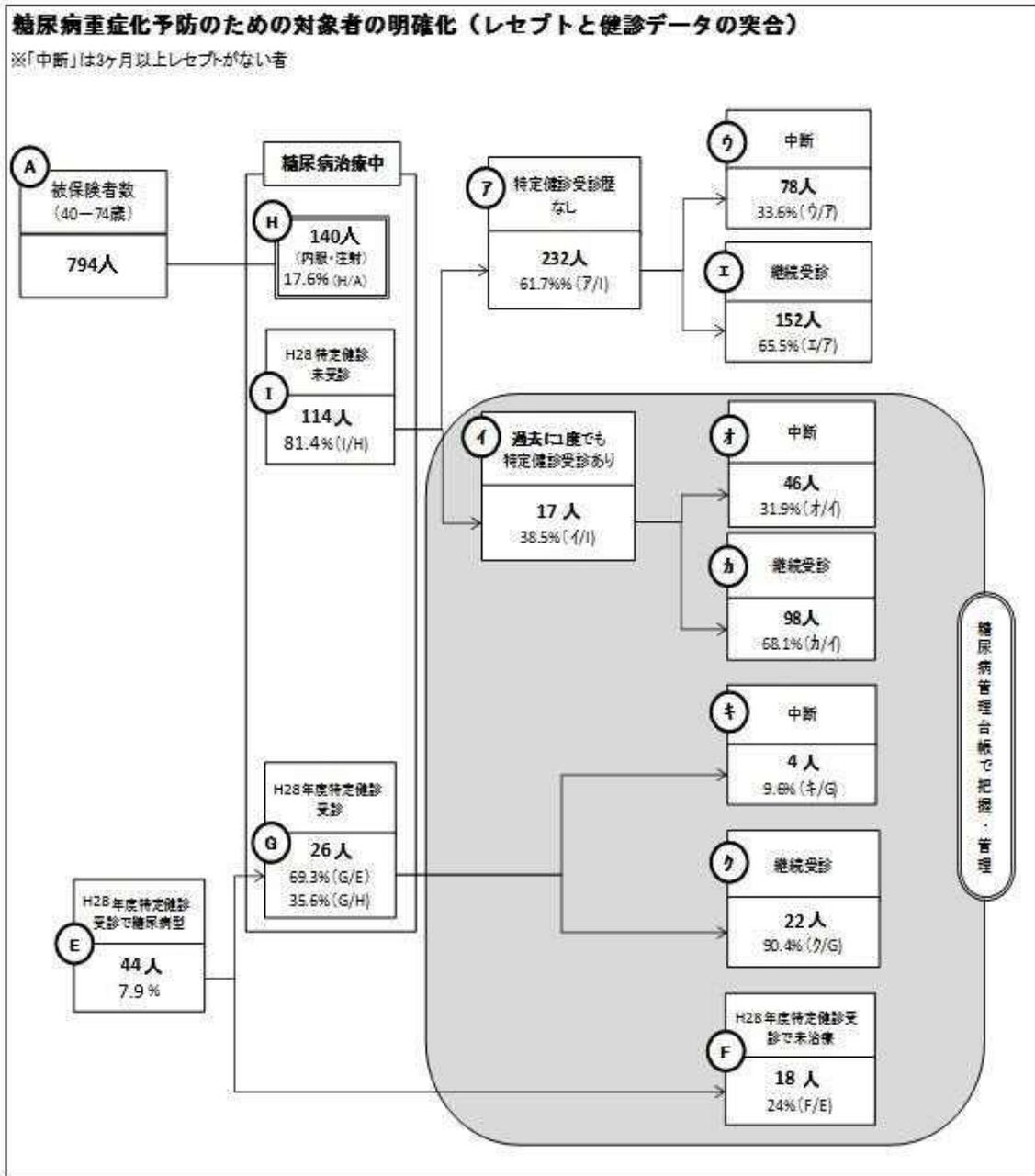
【保健指導】

・過去に特定健診歴のある糖尿病治療者(カ)・・・13 人

・介入方法として戸別訪問、個別面談、電話、手紙等に対応

・医療機関と連携した保健指導

【図表 28】



3) 対象者の進捗管理

(1) 糖尿病管理台帳の作成

対象者の進捗管理は糖尿病管理台帳(参考資料 3)及び年次計画表(参考資料 4)で行い、担当地区ごとに作成し管理していく。

【糖尿病台帳作成手順】

(1) 健診データが届いたら治療の有無にかかわらず HbA1c6.5%以上は以下の情報を管理台帳に記載する。

- ① 治療の有無に関わらず HbA1c6.5%以上の者
- ② 糖尿病治療中の者
- ③ HbA1c6.5以下で、空腹時血糖値 126mg/dl 以上、随時血糖値 200mg/dl 以上の者

(2) 資格を確認する

(3) レセプトを確認し情報を記載する

- ① 治療状況の把握
 - ・特定健診の問診では服薬状況等の漏れがあるためレセプトで確認
 - ・糖尿病、高血圧治療中の場合は診療開始日を確認
 - ・データヘルス計画の中長期目標である脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の有無について確認し、有りの場合は診療開始日を記入
 - ・がん治療、認知症、手術の有無についての情報も記載

(4) 管理台帳記載後、結果の確認

去年のデータと比較し介入対象者を試算する。

(5) 担当地区の対象者数の把握

- ① 未治療者・中断者(受診勧奨者)……26人(図表 28)
- ② 腎症重症化ハイリスク者(保健指導対象者)……8人(参考資料 2)

4) 保健指導の実施

(1) 糖尿病性腎症病期及び生活習慣病リスクに応じた保健指導

糖尿病性腎症の発症・進展抑制には血糖値と血圧のコントロールが重要である。また、腎症の進展とともに大血管障害の合併リスクが高くなるため、肥満・脂質異常症、喫煙などの因子の管理も重要となってくる。椎葉村においては、特定健診受診者を糖尿病性腎症病期分類及び生活習慣病のリスク因子を合わせて、対象者に応じた保健指導を考えていくこととする。また、対象者への保健指導については糖尿病治療ガイド、CKD 診療ガイド等を参考に作成した保健指導用教材を活用し行っていく。(図表 29)

【図表 29】

糖尿病治療ガイドを中心に重症化予防の資料を考える	
★保健指導の順序は各個人の経年表をみて組み立てる	
糖尿病治療ガイドの治療方針の立て方(P29)	資料
<p>インスリン非依存状態:2型糖尿病</p> <p>① 病態の把握は検査値を中心に行われる</p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>② 自覚症状が乏しいので中断しがち</p> <p>③ 初診時にすでに合併症を認める場合が少なくない。 → 糖尿病のコントロールのみでなく、個々人の状況を確認し対応する</p>	<p>未受診者の保健指導</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ヘモグロビンA1cとは 2. 糖尿病の治療の進め方 3. 健診を受けた人の中での私の位置は？ 4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？ 7. 高血糖が続くと体に何が起こるのでしょうか？ <ol style="list-style-type: none"> ①糖尿病による網膜症 ②眼(網膜症)～失明直前まで自覚症状が出ません。だからこそ… ③糖尿病性神経障害とそのすずみ方 ④糖尿病性神経障害～起こる体の部位と症状のあらわれ方～ 8. 私の血管内皮を傷めているリスクは何だろう(グリコカリックス)
<p>食事療法・運動療法の必要性</p> <p>① 糖尿病の病態を理解(インスリン作用不足という「代謝改善」という言い方)</p> <p>② 2～3ヶ月実施して目標の血糖コントロールが達成できない場合は薬を開始する</p> <p>○合併症をおこさない目標 HbA1c 7.0%未満 ○食事療法や運動療法だけで達成可能な場合 ○薬物療法で、低血糖などの副作用なく達成可能な場合</p> <p style="text-align: right;">} 6.0%未満</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. 糖尿病とはどういう病気なのでしょうか？ 10. 糖尿病のタイプ 11. インスリンの仕事 12. 食べ物を食べると、体は血糖を取り込むための準備をします 13. 私はどのパターン？(抵抗性) 14. なぜ体重を減らすのか 15. 自分の腎機能の位置と腎の構造 16. 高血糖と肥満は腎臓をどのように傷めるのでしょうか？ 17. 私のステージでは、心血管・末期腎不全のリスクは？ 18. 腎臓は 19. なぜ血圧を130/80にするのでしょうか(A)(B) 20. 血圧値で変化する腎機能の低下速度 21. 血糖値で変化する腎機能の低下速度 22. 血圧を下げる薬と作用 □ 食の資料 … 別資料
<p>薬物療法</p> <p>①経口薬、注射薬は少量～ 血糖コントロールの状態を見ながら増量</p> <p>②体重減少、生活習慣の改善によって血糖コントロールを見る</p> <p>③血糖コントロール状況を見て糖毒性が解除されたら薬は減量・中止になることもある</p> <p>④その他、年齢、肥満の程度、慢性合併症の程度 肝・腎機能を評価</p> <p>⑤インスリン分泌能、インスリン抵抗性の程度を評価 → 経口血糖降下薬 インスリン製剤 GLP-1受容体作動薬</p>	<p>23. 薬を1回飲んだらやめられないけどと聞くけど？</p> <p>4. HbA1cと体重の変化 5. HbA1cとGFRの変化 6. 糖尿病腎症の経過～私はどの段階？</p> <p>薬が必要になった人の保健指導</p> <p>24. 病態に合わせた経口血糖効果薬の選択</p> <p>25. 薬は体のもともと働きの助けたりおさえたりして血糖を調節しています</p> <p>26. ビグアナイド薬とは</p> <p>27. チアゾリジン薬とは</p> <p>28. SGLT2阻害薬とは</p>

(2) 2次健診等を活用した重症化予防対策

特定健診では尿蛋白定性検査のみの実施のため可逆的な糖尿病性腎症第2期を逃す恐れがある。腎症重症化ハイリスク者の増加抑制のため、対象者のうち尿蛋白定性(±)へは2次健診等を活用し尿アルブミン検査を実施し、結果に基づき早期介入を行うことで腎症重症化予防を目指す。

5) 医療との連携

(1) 医療機関未受診者について

医療機関未受診者・治療中断者を医療機関につなぐ場合、事前に地区医師会等と協議した紹介状等を使用する。

(2) 治療中の者への対応

治療中の場合は糖尿病連携手帳を活用し、かかりつけ医より対象者の検査データの収集、保健指導への助言をもらう。かかりつけ医、専門医との連携にあたっては宮崎県プログラムに準じていく。

6) 高齢者福祉部門(介護保険担当)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。また、現在介護2号認定者のうち、糖尿病がある者については、特定健診の受診勧奨と健診データの共有を図り、重症化を予防していく。

7) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては様式6-1 糖尿病性腎症取組評価表(参考資料5)を用いて行っていく。

(1) 短期的評価

- ① 受診勧奨者に対する評価
 - ア. 受診勧奨対象者への介入率
 - イ. 医療機関受診率
 - ウ. 医療機関未受診者への再勧奨数

② 保健指導対象者に対する評価

ア. 保健指導実施率

イ. 糖尿病管理台帳から介入前後の検査値の変化を比較

○HbA1cの変化

○eGFR の変化(1 年で 25%以上の低下、1 年で5ml/1.73 m²以上低下)

○尿蛋白の変化

○服薬状況の変化

8) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

2. 虚血性心疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

虚血性心疾患重症化予防の取組にあたっては脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート2015、虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、血管機能非侵襲的評価法に関する各学会ガイドライン等に基づいて進めていく。(参考資料2)

2) 対象者の明確化

(1) 対象者選定基準の考え方

受診勧奨者及び保健指導対象者の選定基準にあたっては脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャートに基づいて考えていく。(参考資料6)

(2) 重症化予防対象者の抽出

① 心電図検査からの把握

心電図検査は虚血性心疾患重症化予防において重要な検査の1つである。「安静時心電図にST-T異常などがある場合は生命予後の予測指標である」(心電図健診判定マニュアル: 日本人間ドック学会画像検査判定ガイドライン作成委員会)ことから心電図検査所見においてST変化は心筋虚血を推測する所見であり、その所見のあった場合は血圧、血糖等のリスクと合わせて医療機関で判断してもらう必要がある。椎葉村において健診受診者554人のうち心電図検査実施者は10人(1.8%)であり、そのうちST所見があったのは1人であった(図表30)。ST所見ありで要精査となる者はいなかった(図表31)。要精査には該当しないがST所見ありの者には、心電図におけるSTとはどのような状態であるのかを健診データと合わせて対象者に応じた保健指導を実施していく必要がある。

椎葉村は同規模と比較してメタボリックシンドローム該当者及び予備群が多い。メタボリックシンドロームは虚血性心疾患のリスク因子でもあるため心電図検査の全数実施が望まれる。

心電図検査結果

【図表30】

	健診受診者数(a)		心電図検査(b)		ST所見あり(c)		その他所見(d)		異常なし(e)	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
	平成28年度	554	100	10	1.8	1	10.0	4	40.0	5

ST所見ありの医療機関受診状況

【図表31】

ST所見あり (a)		要精査 (b)		医療機関受診あり (c)		受診なし (d)	
(人)	(%)	(人)	(b/a)(%)	(人)	(c/b)(%)	(人)	(d/b)(%)
1	100	0	0	0	0	0	0

② 心電図以外からの把握

心電図検査は「当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者」を基準に「詳細な健診」の項目である。心電図検査を実施しない場合、図表32に沿って対象者を抽出する。なお、虚血性心疾患はメタボリックシンドローム又はLDLコレステロールに関連することからタイプ別に把握していく。また、CKDステージとの関連もあり、ステージにより対象者を把握していく。

心電図以外の保健指導対象者の把握

【図表32】

平成28年度	受診者	① 心電図検査実施			実施なし
		ST変化	その他の変化	異常なし	
	554	1 0.2	4 0.7	5 0.9	544 98.2
メタボ該当者	109 19.7%	1 0.9%	4 3.7%	4 3.7%	100 91.7%
メタボ予備群	83 15.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.2%	82 98.8%
メタボなし	362 65.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	362 100.0%
LDL	140-159	38 6.9%	0 0.0%	0 0.0%	38 100.0%
	160-179	20 3.6%	0 0.0%	0 0.0%	20 100.0%
	180-	9 1.6%	0 0.0%	0 0.0%	9 100.0%

【参考】

CKD	G3aA1～	55	0	0	1	54
		9.9%	0.0%	0.0%	1.8%	98.2%

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

虚血性心疾患の予防には、図表33の問診が重要である。対象者が症状を理解し、症状の変化から医療受診の早期対応により重症化の予防につながる。

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教

材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であつたにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

【図表 33】

虚血性心疾患に関する症状

<ul style="list-style-type: none"> ・少なくとも15秒以上症状が持続 ・同じような状況で症状がある ・「痛い」のではなく「圧迫される」「締め付けられる」「違和感」がある ・首や肩、歯へ放散する痛み ・冷汗や吐気を伴う

症状の現れ方	労作性狭心症	不安定狭心症	急性心筋梗塞
どんな時に症状があるか	労作時	安静時・労作時間関係なく	
症状の期間	3週間同じような症状	3週間以内に症状出現 徐々に悪化	急な激しい胸部痛
時間	3～5分程度 (休むとよくなる)	数分～20分程度	20分以上 (安静でも寛解せず)

(2) 二次健診の実施

虚血性心疾患重症化予防対象者は、参考資料 7 に基づき健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン JCS2013 より「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の2つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。頸動脈超音波、心臓マーカー検査については、総合健診で希望者に対して実施する。

(3) 対象者の管理

「冠動脈疾患予防からみたLDLコレステロール管理目標設定のための吹田スコアを用いたフロチャート」(動脈硬化性疾患予防ガイドライン2017)によると糖尿病、慢性腎臓病(CKD)が高リスクであることから虚血性心疾患重症化予防対象者の対象者の管理は糖尿病管理台帳で行うこととする。なお糖尿病管理台帳には合併症の有無として虚血性

心疾患の診療開始日も記載できるようになっている。また、糖尿病管理台帳にはない、LDL コレステロールに関連する虚血性心疾患の管理については今後検討していく。

4) 医療との連携

虚血性心疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年 1 回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及び KDB 等の情報を活用していく。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム、LDL コレステロール等重症化予防対象者の減少

7) 実施期間及びスケジュール

4 月 対象者の選定基準の決定

5 月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

6 月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

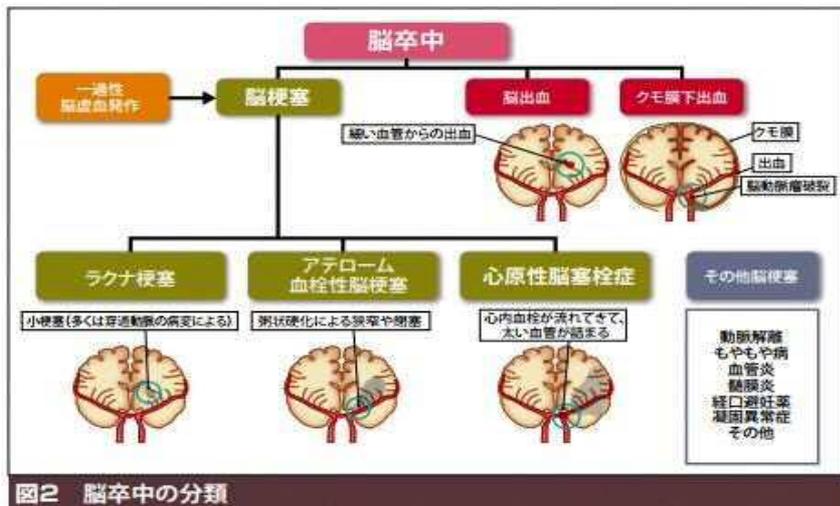
3. 脳血管疾患重症化予防

1) 基本的な考え方

脳血管疾患重症化予防の取組にあたっては脳卒中治療ガイドライン、脳卒中予防への提言、高血圧治療ガイドライン等に基づいて進めていく。(図表 34、35)

【脳卒中の分類】

【図表 34】



(脳卒中予防の提言より引用)

脳血管疾患とリスク因子

【図表 35】

リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	喫煙	飲酒	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病 (CKD)
脳 梗 塞	ラクナ梗塞	●						○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		●	●	○	○
	心原性脳梗塞	●			●			○	○
脳 出 血	脳出血	●							
	くも膜下出血	●							

2) 対象者の明確化

(1) 重症化予防対象者の抽出

重症化予防対象者の抽出にあたっては図表 36 に基づき特定健診受診者の健診データより実態を把握する。その際、治療の有無の視点も加えて分析することで受診勧奨対象者の把握が明確になる。

特定健診受診者における重症化予防対象者

【図表36】

脳梗塞	ラクナ梗塞	●				○	○
	アテローム血栓性脳梗塞	●	●	●		○	○
心原性脳梗塞	●				●	○	○
脳出血	脳出血	●					
	くも膜下出血	●					
リスク因子 (○はハイリスク群)		高血圧	糖尿病	脂質異常 (高LDL)	心房細動	メタボリック シンドローム	慢性腎臓病(CKD)
特定健診受診者における 重症化予防対象者		Ⅱ度高血圧以上	HbA1c6.5%以上 (治療中7.0%以上)	LDL180mg/dl 以上	心房細動	メタボ該当者	尿蛋白(2+)以上 eGFR50未満 (70歳以上40未満)
受診者数 554 人		16人 2.9%	24人 4.3%	13人 2.3%	0人 0.0%	109人 19.7%	6人 1.1% 7人 1.3%
治療なし		11人 3.1%	17人 3.2%	12人 3.1%	0人 0.0%	25人 9.1%	2人 0.7% 1人 0.4%
治療あり		5人 2.5%	7人 26.9%	1人 0.6%	0人 0.0%	84人 30.2%	4人 1.4% 6人 2.2%
臓器障害あり		0人 0.0%	1人 5.9%	1人 8.3%	0人 0.0%	3人 12.0%	2人 100% 1人 100%
臓器障害ありのうち	CKD(専門医対象)	0人	0人	0人	0人	1人	2人 1人
	尿蛋白(2+)以上	0人	0人	0人	0人	1人	2人 0人
	尿蛋白(+)and尿潜血(+)	0人	0人	0人	0人	0人	0人 0人
	eGFR50未満 (70歳以上は40未満)	0人	0人	0人	0人	0人	0人 1人
	心電図所見あり	0人	1人	1人	0人	2人	0人 0人

脳血管疾患において高血圧は最も重要な危険因子である。重症化予防対象者をみるとⅡ度高血圧以上が16人(2.9%)であり、11人は未治療者であった。また、未治療者の内臓器障害がある者はいなかった。また治療中であってもⅡ度高血圧である者も5人(2.5%)いることがわかった。治療中でリスクを有する場合は医療機関と連携した保健指導が必要となってくる。

(2) リスク層別化による重症化予防対象者の把握

脳血管疾患において高血圧は最大の危険因子であるが、高血圧以外の危険因子との組み合わせにより脳心腎疾患など臓器障害の程度と深く関与している。そのため健診受診者においても高血圧と他リスク因子で層別化し対象者を明確にしていく必要がある。(図表 37)

血圧に基づいた脳心血管リスク層別化

特定健診受診結果より（降圧薬治療者を除く）

血圧分類 (mmHg)		至適血圧	正常血圧	正常高値血圧	I度 高血圧	II度 高血圧	III度 高血圧	
		~119 /~79	120~129 /80~84	130~139 /85~89	140~159 /90~99	160~179 /100~109	180以上 /110以上	
リスク層 (血圧以外のリスク因子)	355	125	86	76	57	9	2	
		35.2%	24.2%	21.4%	16.1%	2.5%	0.6%	
リスク第1層	60	31	14	8	6	1	0	
	16.9%	24.8%	16.3%	10.5%	10.5%	11.1%	0.0%	
リスク第2層	206	74	47	42	38	4	1	
	58.0%	59.2%	54.7%	55.3%	66.7%	44.4%	50.0%	
リスク第3層	89	20	25	26	13	4	1	
	25.1%	16.0%	29.1%	34.2%	22.8%	44.4%	50.0%	
再発 重複あり	糖尿病	19	5	3	5	4	2	0
		21.3%	25.0%	12.0%	19.2%	30.0%	50.0%	0.0%
	慢性腎臓病（CKD）	29	7	7	8	5	1	1
	32.6%	35.0%	28.0%	30.8%	38.5%	25.0%	100.0%	
3個以上の危険因子	53	10	17	14	9	3	0	
	59.6%	50.0%	68.0%	53.8%	59.2%	75.0%	0.0%	

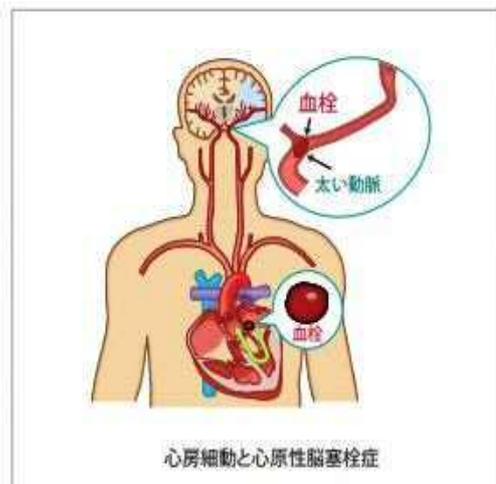
（参考）高血圧治療ガイドライン2014 日本高血圧学会

【図表37】

低リスク群	中リスク群	高リスク群
3ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	1ヶ月以内の 指導で 140/90以上 なら降圧薬治 療	ただちに 降圧薬治療
6	39	23
1.7%	11.0%	6.5%
6	1	0
100%	2.6%	0.0%
--	38	5
--	--	18
--	--	78.3%

図表 37 は血圧に基づいた脳心血管リスク層別化である。降圧薬治療者を除いているため高リスク群にあたる①、②については早急な受診勧奨が必要になってくる。

(3)心電図検査における心房細動の実態



（脳卒中予防の提言より引用）

心原性脳塞栓症とは心臓にできた血栓が血流によって脳動脈に流れ込み、比較的大きな動脈を突然詰まらせて発症し、脳梗塞の中でも「死亡」や「寝たきり」になる頻度が高い。しかし心房細動は心電図検査によって早期に発見することが可能である。図表 38 は特定健診受診者における心房細動の有所見の状況である。

特定健診における心房細動有所見者状況

【図表38】

年代	心電図検査受診者		心房細動有所見者				日循環疫学調査*	
	男性	女性	男性		女性		男性	女性
	人	人	人	%	人	%	%	%
合計	8	2	0	0.0	0	0.0	-	-
40歳代	2	0	0	0.0	0	0	0.2	0.04
50歳代	2	1	0	0.0	0	0	0.8	0.1
60歳代	3	0	0	0.0	0	0.0	1.9	0.4
70～74歳	1	1	0	0.0	0	0.0	3.4	1.1

*日本循環器学会疫学調査(2006年)による心房細動有所見率

*日本循環器学会疫学調査70～74歳の値は70～79歳

心房細動有所見者の治療の有無

【図表39】

心房細動有所見者		治療の有無			
		未治療者		治療中	
人	%	人	%	人	%
0	100	0	0.0	0	0.0

心電図検査において心房細動の所見が見られた者はいなかった。心房細動は脳梗塞のリスクであるため、継続受診の必要性和医療機関の受診勧奨を行う必要があり、そのような対象者を早期発見・早期介入するためにも総合健診受診者では、全員に心電図検査を実施していく。

3) 保健指導の実施

(1) 受診勧奨及び保健指導

保健指導の実施にあたっては対象者に応じた保健指導を行う。その際、保健指導教材を活用し対象者がイメージしやすいように心がける。治療が必要にもかかわらず医療機関未受診である場合は受診勧奨を行う。また、過去に治療中であったにもかかわらず中断していることが把握された場合も同様に受診勧奨を行う。治療中であるがリスクがある場合は医療機関と連携した保健指導を行う。

(2) 二次健診の実施

脳血管疾患重症化予防対象者において健診結果と合わせて血管変化を早期に捉え、介入していく必要がある。血管機能非侵襲的の評価法に関するガイドライン JCS2013 より

「心血管疾患の主要原因である動脈硬化病変には、プラークと血管機能不全の 2 つの側面がある。プラークについては画像診断の進歩により、正確な評価ができるようになった。血管不全を評価する血管機能検査には、血管内皮機能検査、脈波伝播速度(PWV)、心臓足首血管指数(CAVI)、足関節上腕血圧比(ABI)などがある。」「最も優れている画像診断の一つとして、頸動脈超音波による頸動脈 IMT(内膜中膜複合体厚)の測定がある」「血液、尿生体組織に含まれる体内環境の変化を示すバイオマーカーのなかにも、心血管イベントの予測能が優れたものが存在する。代表的なものとして尿中アルブミンがあげられる」とあることから対象者へは二次健診において、これらの検査を実施していく。頸動脈超音波、心臓マーカー検査については、総合健診で希望者に対して実施する。

(3) 対象者の管理

① 高血圧者の管理

過去の健診受診歴なども踏まえ、Ⅱ度高血圧者を対象に血圧、血糖、eGFR、尿蛋白、服薬状況の経過を確認し、未治療者や中断者の把握に努め受診勧奨を行っていく。(参考資料 8)

□ 心房細動の管理台帳

健診受診時の心電図検査において心房細動が発見された場合は医療機関への継続的な受診ができるように台帳を作成し経過を把握していく。(参考資料 9)

4) 医療との連携

脳血管疾患重症化予防のために、未治療や治療中断であることを把握した場合には受診勧奨を行い治療中の者へは血管リスク低減に向けた医療機関と連携した保健指導を実施していく。医療の情報についてはかかりつけ医や対象者、KDB 等を活用しデータを収集していく。

5) 高齢者福祉部門(介護保険部局)との連携

受診勧奨や保健指導を実施していく中で生活支援等の必要が出てきた場合は地域包括支援センター等と連携していく。

6) 評価

評価を行うにあたっては、短期的評価・中長期的評価の視点で考えていく。短期的評価に

についてはデータヘルス計画評価等と合わせ年1回行うものとする。その際は糖尿病管理台帳の情報及びKDB等の情報を活用して。

また、中長期的評価においては他の糖尿病性腎症・脳血管疾患等と合わせて行っていく。

(1) 短期的評価

高血圧、糖尿病、脂質異常症、メタボリックシンドローム等重症化予防対象者の減少

7) 実施期間及びスケジュール

4月 対象者の選定基準の決定

5月 対象者の抽出(概数の試算)、介入方法、実施方法の決定

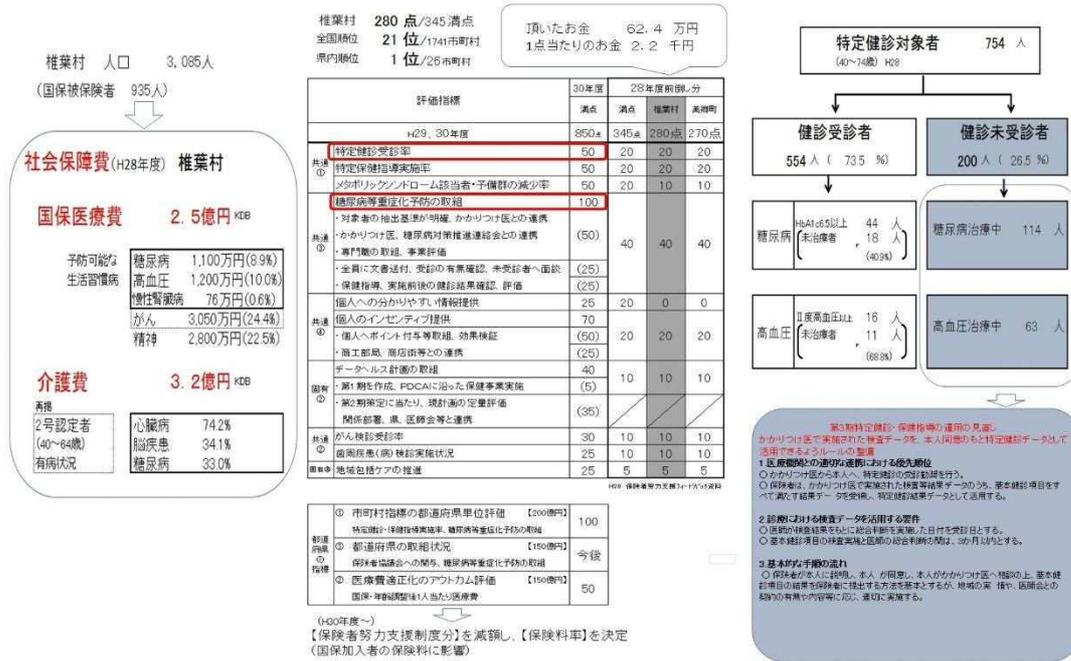
6月～特定健診結果が届き次第糖尿病管理台帳に記載。台帳記載後順次、対象者へ介入(通年)

Ⅲ ポピュレーションアプローチ

ポピュレーションアプローチとして、生活習慣病の重症化により医療費や介護費等社会保障費の増大につながっている実態や、その背景にある地域特性を明らかにするために個人の実態と社会環境等について広く村民へ周知していく。(図表 40・41)

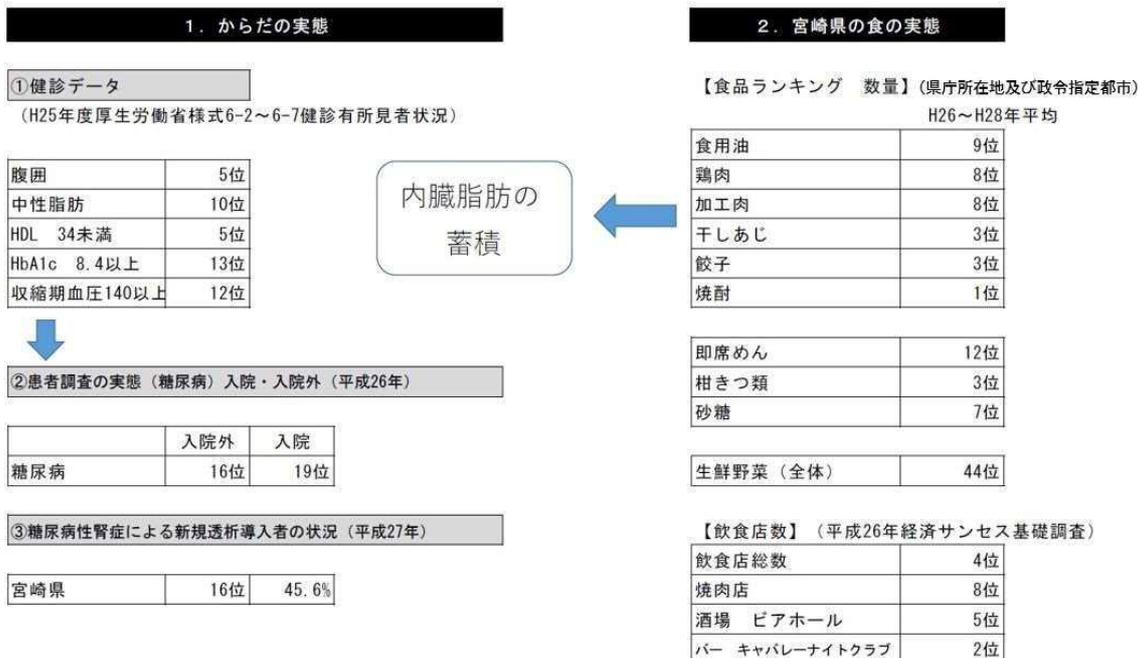
保険者努力支援制度 椎葉村

【図表 40】



宮崎県の健診結果と生活を科学的に解明する

【図表41】



第5章 地域包括ケアに係る取組

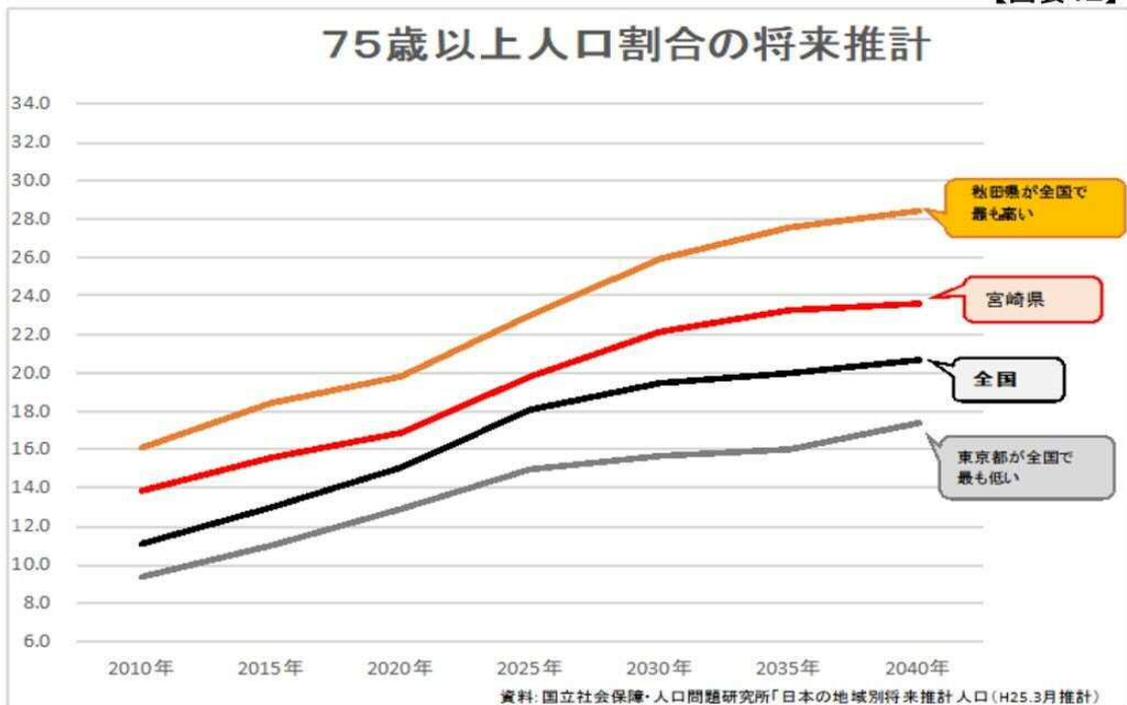
「団塊の世代がより高齢になり死亡者数がピークを迎える 2040(平成 52)年に向け、急増し変化するニーズに対応するため、限られた人材と財源を前提として、いかにして、要介護リスクが高まる年齢を後ろ倒しにできるか、すなわち、「予防」を積極的に推進し需要を抑制できるかが重要になる。」と地域包括ケア研究会の報告書が公表された。

重度の要介護状態となる原因として生活習慣病の重症化によるものが多くを占めている。要介護になる原因疾患の内脳血管疾患、糖尿病性腎症による人工透析等、生活習慣病の重症化に起因するものは予防可能であり、国保加入者の重症化予防を推進することが要介護認定者の減少、村民一人ひとりの健康寿命の延伸につながる。要介護状態により地域で暮らせなくなる人を少しでも減らしていくためには、要介護に至った背景を分析し、それを踏まえ KDB・レセプトデータを活用したハイリスク対象者を抽出して保健指導を実施する。第4章の重症化予防の取組そのものが介護予防として捉える事ができる。

本県は、75 歳以上人口の将来推計は、2040 年で全国平均を上回る 23.6%と推測されている。(図表 42)

国保では被保険者のうち、65 歳以上高齢者の割合が高く、医療費に占める前期高齢者に係る医療費の割合も過半数を超えている。このような状況にかんがみれば、高齢者が地域で元気に暮らし、医療サービスをできるだけ必要としないようにするための対策は国保にとっても町村にとっても非常に重要である。

【図表42】



高齢期は個人差の大きい年代であり、高齢者の特性を踏まえ、個人の状況に応じた包括的な支援に繋げて行くためには、医療・介護・保健・福祉など各種サービスが相まって高齢者を支える地域包括ケアの構築が必要となる。かかりつけ医や薬剤師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の地域の医療・介護・保健・福祉サービスの関係者とのネットワークや情報共有の仕組みによる地域包括ケアの構築が地域で元気に暮らしていく村民を増やしていくことにつながる。(参考資料 10)

第6章 計画の評価・見直し

1. 評価の時期

計画の見直しは、3年後の平成32年度に進捗確認のための中間評価を行う。

また、計画の最終年度の平成35年度においては、次の期の計画の策定を円滑に行うための準備も考慮に入れて評価を行う必要がある。

2. 評価方法・体制

保険者は、健診・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的かつ効率的な保健事業の実施を図ることが求められており、保険者努力支援制度においても4つの指標での評価が求められている。

※評価における4つの指標（参考資料11・12）

ストラクチャー (保健事業実施のための体制・システムを整えているか)	・事業の運営状況を定期的に管理できる体制を整備しているか。(予算等も含む) ・保健指導実施のための専門職の配置 ・KDB活用環境の確保
プロセス (保健事業の実施過程)	・保健指導等の手順・教材はそろっているか ・必要なデータは入手できているか。 ・スケジュールどおり行われているか。
アウトプット (保健事業の実施量)	・特定健診受診率、特定保健指導率 ・計画した保健事業を実施したか。 ・保健指導実施数、受診勧奨実施数など
アウトカム (成果)	・設定した目標に達することができたか (検査データの変化、医療費の変化、糖尿病等生活習慣病の有病者の変化、要介護率など)

具体的な評価方法は、国保データベース(KDB)システムに毎月、健診・医療・介護のデータが収載されるので、受診率・受療率、医療の動向等は、保健指導に係る保健師・栄養士等が自身の地区担当の被保険者分については定期的に行う。

また、特定健診の国への実績報告後のデータを用いて、経年比較を行うとともに、個々の健診結果の改善度を評価する。特に直ちに取り組むべき課題の解決としての重症化予防事業の事業実施状況は、毎年とりまとめ、国保連に設置している保健事業支援・評価委員会の指導・助言を受けるものとする。

第7章 計画の公表・周知及び個人情報の取扱い

1. 計画の公表・周知

計画は、被保険者や保健医療関係者等が容易に知りえるべきものとするのが重要であり、このため、国指針において、公表するものとされている。

具体的な方策としては、ホームページや村広報誌を通じた周知のほか、村医療機関等に周知する。

これらの公表・配布に当たっては、被保険者、保健医療関係者の理解を促進するため、計画の要旨等をまとめた簡易版を作成する。

2. 個人情報の取扱い

保険者等においては、個人情報の保護に関する各種法令・ガイドラインに基づき、庁内糖での利用、外部委託事業者への業務委託等の各場面で、その保有する個人情報の適切な取り扱いが確保されるよう措置を講じる。

参考資料

- 参考資料 1 様式 6-1 国・県・同規模平均と比べてみた椎葉村の位置
- 参考資料 2 糖尿病重症化予防のためのレセプトと健診データの突合
- 参考資料 3 糖尿病管理台帳
- 参考資料 4 糖尿病管理台帳からの年次計画
- 参考資料 5 様式 6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取組み評価
- 参考資料 6 虚血性心疾患をどのように考えていくか
- 参考資料 7 虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方
- 参考資料 8 血圧評価表
- 参考資料 9 心房細動管理台帳
- 参考資料 10 評価イメージ
- 参考資料 11 データヘルス計画の目標管理一覧表

【参考資料1】

様式6-1 国・県・同規模平均と比べてみた椎葉村の位置

【参考資料1】

項目	椎葉村				県		同規模平均		国		データ元 (CSV)				
	H25		H28		実数	割合	H28		実数	割合					
	実数	割合	実数	割合			実数	割合							
1	① 人口構成	総人口	2,937		2,746		1,125,360		712,964		124,852,975	KDB.No.5 人口の状況			
		65歳以上(高齢化率)	1,156	39.4	1,156	42.1	290,839	25.8	250,396	35.1	29,020,766	23.2	KDB.No.3 人口の状況		
		75歳以上	755	25.7	741	27.0	156,418	13.9			13,989,864	11.2	KDB.No.3 人口の状況		
		65~74歳	401	13.7	415	15.1	134,421	11.9			15,030,902	12.0	健康・医療 データから見る地域 の健康課題		
		40~64歳	1,035	35.2	898	32.7	383,847	34.1			42,411,922	34.0	健康・医療 データから見る地域 の健康課題		
		39歳以下	746	25.4	692	25.2	450,674	40.0			53,420,287	42.8	健康・医療 データから見る地域 の健康課題		
1	② 産業構成	第1次産業	33.7		35.7		11.8		22.7		4.2	KDB.No.3 健康・医療 データから見る地域 の健康課題			
		第2次産業	20.7		19.0		21.6		21.7		25.2	KDB.No.3 健康・医療 データから見る地域 の健康課題			
		第3次産業	45.7		45.3		66.6		55.6		70.6	KDB.No.3 健康・医療 データから見る地域 の健康課題			
		平均寿命	男性	79.4		80.6		79.7		79.4		79.6	KDB.No.1 地域全体像の把握		
		女性	86.8		87.2		86.6		86.5		86.4	KDB.No.1 地域全体像の把握			
1	④ 健康寿命	男性	64.9		64.9		65.2		65.1		65.2	KDB.No.1 地域全体像の把握			
		女性	66.6		66.5		66.8		66.7		66.8	KDB.No.1 地域全体像の把握			
		標準化死亡率(SMR)	男性	92.5		109.7		99.7		102.6		100	KDB.No.1 地域全体像の把握		
		女性	97.1		79.5		96.2		98.2		100	KDB.No.1 地域全体像の把握			
		がん	7	41.2	8	26.7	3,469	45.2	2,874	44.3	367,905	49.6	KDB.No.1 地域全体像の把握		
2	① 死亡の状況	心臓病	5	29.4	10	33.3	2,242	29.2	1,917	29.6	196,768	26.5	KDB.No.1 地域全体像の把握		
		脳疾患	3	17.6	10	33.3	1,301	16.9	1,158	17.9	114,122	15.4	KDB.No.1 地域全体像の把握		
		糖尿病	0	0	0	0.0	128	1.7	115	1.8	13,658	1.8	KDB.No.1 地域全体像の把握		
		腎不全	0	0	0	0.0	276	3.6	231	3.6	24,763	3.3	KDB.No.1 地域全体像の把握		
		自殺	2	11.8	2	6.7	265	3.5	187	2.9	24,294	3.3	KDB.No.1 地域全体像の把握		
		合計	8	16.32	2	4							厚生省HP 人口動態調査		
		早世予防から みた死亡 (65歳未満)	男性	7	25.9	2	10						厚生省HP 人口動態調査		
		女性	1	4.5	0	0							厚生省HP 人口動態調査		
		3	① 介護保険	1号認定者数(認定率)	196	17.9	218	18.6	59,315	20.4	49,966	20.0	5,885,270	21.2	KDB.No.1 地域全体像の把握
				新規認定者	4	0.3	3	0.2	1,066	0.3	781	0.3	105,636	0.3	KDB.No.1 地域全体像の把握
2号認定者	4			0.2	1	0.1	1,424	0.4	856	0.4	151,813	0.4	KDB.No.1 地域全体像の把握		
糖尿病	72			35.3	77	33.0	12,987	21.1	10,599	20.4	1,350,152	22.1	KDB.No.1 地域全体像の把握		
高血圧症	123			63.5	146	65.5	35,357	57.9	28,380	55.1	3,101,200	50.9	KDB.No.1 地域全体像の把握		
脂質異常症	73			37.2	81	36.5	16,825	27.4	14,058	27.1	1,741,866	28.4	KDB.No.1 地域全体像の把握		
心臓病	149			75.4	164	74.2	40,235	65.9	31,946	62.2	3,529,682	58.0	KDB.No.1 地域全体像の把握		
脳疾患	67			35.8	74	34.1	19,122	31.4	13,362	26.3	1,538,683	25.5	KDB.No.1 地域全体像の把握		
がん	14			9.4	8	4.1	5,852	9.4	4,857	9.3	631,950	10.3	KDB.No.1 地域全体像の把握		
筋・骨格	144			74.1	155	69.8	35,171	57.7	28,320	55.1	3,067,196	50.3	KDB.No.1 地域全体像の把握		
3	③ 介護給付費	1件当たり給付費(全体)	60,814		61,307		66,242		73,752		58,284		KDB.No.1 地域全体像の把握		
		居宅サービス	28,651		28,386		47,239		39,649		39,662		KDB.No.1 地域全体像の把握		
		施設サービス	238,168		269,879		282,096		273,932		281,186		KDB.No.1 地域全体像の把握		
		要介護認定別 医療費(40歳以上)	7,279		8,836		7,149		8,522		7,980		KDB.No.1 地域全体像の把握		
		認定あり	3,188		3,386		3,962		4,224		3,816		KDB.No.1 地域全体像の把握		
		認定なし	1,087		935		300,107		198,805		32,587,866		KDB.No.1 地域全体像の把握		
		被保険者数	1,087		935		300,107		198,805		32,587,866		KDB.No.1 地域全体像の把握		
		65~74歳	363	33.4	356	38.1	119,981	40.0			12,461,613	38.2	KDB.No.1 地域全体像の把握		
		40~64歳	497	45.7	399	42.7	103,073	34.3			10,946,712	33.6	KDB.No.1 地域全体像の把握		
		39歳以下	227	20.9	180	19.3	77,053	25.7			9,179,541	28.2	KDB.No.1 地域全体像の把握		
4	① 医療の概況 (人口千対)	加入率	35.2		30.3		26.7		28.1		26.9	KDB.No.1 地域全体像の把握			
		病院数	1	0.9	1	1.1	140	0.5	47	0.2	8,255	0.3	KDB.No.5 被保険者の状況		
		診療所数	2	1.8	2	2.1	891	3.0	621	3.1	96,727	3.0	KDB.No.5 被保険者の状況		
		病床数	30	27.6	30	32.1	19,245	64.1	3,963	19.9	1,524,378	46.8	KDB.No.5 被保険者の状況		
		医師数	3	2.8	3	3.2	2,730	9.1	541	2.7	299,792	9.2	KDB.No.5 被保険者の状況		
		外来患者数	638.3		724.7		677.3		652.3		668.1		KDB.No.5 被保険者の状況		
		入院患者数	27.3		25.6		24.7		23.7		18.2		KDB.No.5 被保険者の状況		
		一人当たり医療費	21,496	県内24 同規模177	21,749	県内26位 同規模208位	26,707		26,817		24,245		KDB.No.3 健康・医療 データから見る地域 の健康課題		
		受診率	665.634		750.37		702.012		676.037		686.286		KDB.No.3 健康・医療 データから見る地域 の健康課題		
		外来 費用の割合	47.4		55.0		55.1		55.3		60.1		KDB.No.3 健康・医療 データから見る地域 の健康課題		
件数の割合	95.9		96.6		96.5		96.5		97.4		KDB.No.3 健康・医療 データから見る地域 の健康課題				
入院 費用の割合	52.6		45.0		44.9		44.7		39.9		KDB.No.1 地域全体像の把握				
件数の割合	4.1		3.4		3.5		3.5		2.6		KDB.No.1 地域全体像の把握				
1件あたり在院日数	15.9		13.7日		17.8日		16.3日		15.6日		KDB.No.1 地域全体像の把握				
4	④ 医療費分析 総額に占める割合 最大医療費疾患別 (調剤含む)	新生物	17		24.4		22.0		24.2		25.6	KDB.No.3 健康・医療 データから見る地域 の健康課題			
		慢性腎不全(透析あり)	5.8		0.6		11.2		7.9		9.7	KDB.No.3 健康・医療 データから見る地域 の健康課題			
		糖尿病	8.8		8.9		8.6		10.1		9.7	KDB.No.3 健康・医療 データから見る地域 の健康課題			
		高血圧症	10.4		10.0		8.7		9.4		8.6	KDB.No.3 健康・医療 データから見る地域 の健康課題			
		精神	22.4		22.5		22.3		18.6		16.9	KDB.No.3 健康・医療 データから見る地域 の健康課題			
		筋・骨疾患	20		19.4		14.6		16.4		15.2	KDB.No.3 健康・医療 データから見る地域 の健康課題			

【参考資料 3】

糖尿病管理台帳（永年）															
番号	追加年度	地区	氏名	性別	年度年齢	診療開始日 合併症の有無	項目	H23	H24	H25	H26	H27	H28	転出 死亡	備考
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							
						糖尿病	糖	服薬							
						高血圧		HbA1c							
						虚血性心疾患	糖 以外	体重							
						脳血管疾患		BMI							
						糖尿病性腎症	CKD	血圧							
								GFR							
								尿蛋白							

【参考資料 4】

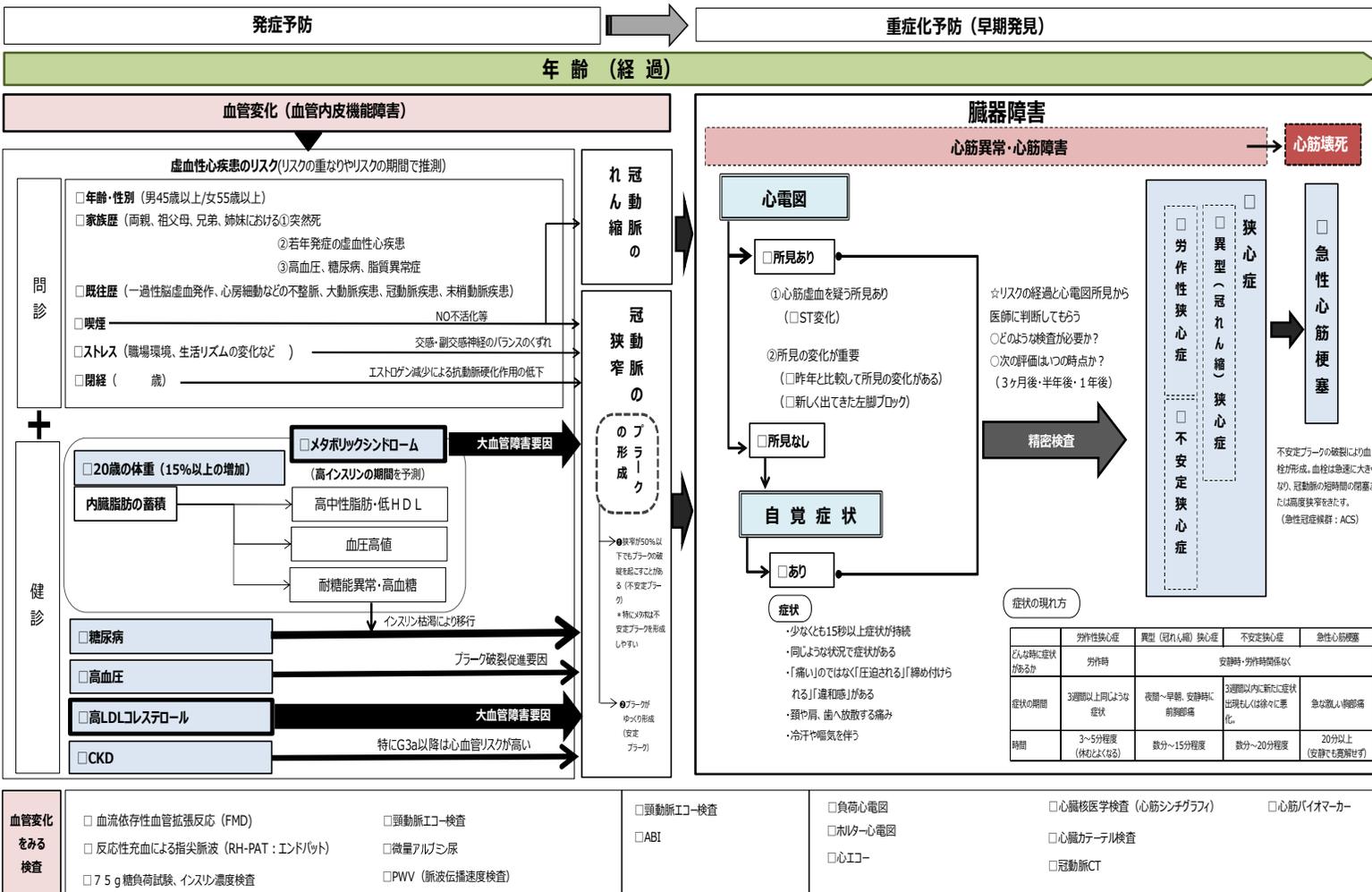
糖尿病管理台帳からの年次計画		H 年度	担当者名:	担当地区:
対象者把握		地区担当が実施すること		他の専門職との連携
結果把握 ↓ 保健指導の優先づけ	糖尿病管理台帳の全数(④+⑤) ()人		1.資格喪失(死亡、転出)の確認 ○医療保険移動の確認 ○死亡はその原因 2.レセプトの確認 ○治療の確認 ○直近の治療の有無の確認 3.会いに行く ○医療受診動向の保健指導 ○糖尿病手帳の確認 4.結果から動く ○経年表で他のリスク(メタボ、血圧等)の確認 ○経年データ、治療状況に応じた保健指導 ○尿アルブミン検査、治療状況に応じた保健指導	後期高齢者、社会保険 ○健診データを本人から ○レセプトの確認協力 かりつけ医、糖尿病専門医 栄養士中心 腎専門医
	④健診未受診者 ()人			
	結果把握(内訳)			
	①国保(生保)	()人		
	②後期高齢者	()人		
	③他保険	()人		
	④住基異動(死亡・転出)	()人		
	⑤確認できず	()人		
	①-1 未治療者(中断者含む) ()人 *対象者の明確化のためにも内訳を把握する作業が必要である			
	①結果把握 ()人			
①HbA1cが悪化している ()人 例)HbA1c7.0以上で昨年度より悪化している *医師会の先生方と悪化の基準を決めておく必要がある				
②尿蛋白 (-) ()人 (±) ()人 (+) ~顕性腎症 ()人				
③eGFR値の変化 1年で25%以上低下 ()人 1年で5ml/分/1.73㎡以上低下 ()人				

【参考資料 5】

様式6-1 糖尿病性腎症重症化予防の取り組み評価				同規模区分	8	都道府県	45	市町村名	推葉村	
項目	交合表	保険者						同規模保険者(平均)		データ基
		28年度		29年度		30年度		29年度同規模保険者数246		
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	
1	① 被保険者数	A	979人						KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳	A	794人							
2	① 特定健診	B	754人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	② 受診者数	B	754人							
3	① 特定保健指導	C	554人						市町村国保 特定健康診査・特定保健指導 状況概況報告書	
	② 受診率	C	73.5%							
4	① 糖尿病型	E	44人	7.9%					特定健診結果	
	② 未治療・中断者(質問票 回答なし)	F	18人	40.9%						
	③ 治療中(質問票 回答あり)	G	26人	59.1%						
	④ コントロール不良 HbA1c7.0以上または空腹血糖130以上	J	8人	30.8%						
	⑤ 血圧 130/80以上	J	5人	62.5%						
	⑥ 肥満 BMI25以上	J	6人	75.0%						
	⑦ コントロール良 HbA1c7.0未満かつ空腹血糖130未満	K	18人	69.2%						
	⑧ 第1期 尿蛋白(-)	M	37人	84.1%						
	⑨ 第2期 尿蛋白(±)		4人	9.1%						
	⑩ 第3期 尿蛋白(+)以上		3人	6.8%						
	⑪ 第4期 eGFR30未満		0人	0.0%						
5	① 糖尿病受療率(被保険者対)		1430人						KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	② (再掲)40-74歳(被保険者対)		1763人							
	③ レセプト件数 (40-74歳) (1件は再掲)	入院外(件数)	449件	(594.7)	339件	(455.0)	362件	(593.0)	KDB_疾病別医療費分析 (生活習慣病)	
	④ 入院(件数)	1件	(1.3)	2件	(2.7)	3件	(4.5)			
	⑤ 糖尿病治療中	H	140人	14.3%					KDB_厚生労働省様式様式3-2	
	⑥ (再掲)40-74歳	H	140人	17.6%						
	⑦ 健診未受診者	I	114人	81.4%						
	⑧ インスリン治療	O	8人	5.7%						
	⑨ (再掲)40-74歳	O	8人	5.7%						
	⑩ 糖尿病性腎症	L	3人	2.1%						
	⑪ (再掲)40-74歳	L	3人	2.1%						
	⑫ 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		1人	0.71%						
	⑬ (再掲)40-74歳		1人	0.71%						
	⑭ 新規透析患者数									
	⑮ (再掲)糖尿病性腎症									
⑯ 【参考】(後期高齢者 慢性人工透析患者数 (糖尿病治療中に占める割合)		282人	0.4%	278人	0.4%			KDB_厚生労働省様式様式3-2 ※後期ユーザー		
6	① 総医療費		2億5013万円		1億7995万円		1億9852万円		KDB 健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
	② 生活習慣病総医療費		1億2517万円		9047万円		1億1388万円			
	③ (総医療費に占める割合)		50.0%		50.3%		57.4%			
	④ 生活習慣病 対象者 一人あたり	健診受診者	15,301円		12,809円		6,154円			
	⑤ 健診未受診者	10,059円		14,593円		38,015円				
	⑥ 糖尿病医療費		1119万円		816万円		1173万円			
	⑦ (生活習慣病総医療費に占める割合)		8.9%		9.0%		10.3%			
	⑧ 糖尿病入院外総医療費		3535万円		2225万円					
	⑨ 1件あたり		19,851円		17,809円					
	⑩ 糖尿病入院総医療費		2544万円		1155万円					
	⑪ 1件あたり		397,452円		372,618円					
	⑫ 在院日数		15日		16日					
	⑬ 慢性腎不全医療費		163万円		48万円		912万円			
	⑭ 透析有り		76万円				821万円			
	⑮ 透析なし		87万円		48万円		91万円			
7	① 介護給付費		3億2155万円		2億5465万円		2億4724万円		KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	
	② (2号認定者)糖尿病合併症		-		-		-			
8	① 死亡	糖尿病(死因別死亡数)	0人	0.0%	0人	0.0%	1人	1.1%	KDB_健診・医療・介護データから みる地域の健康課題	

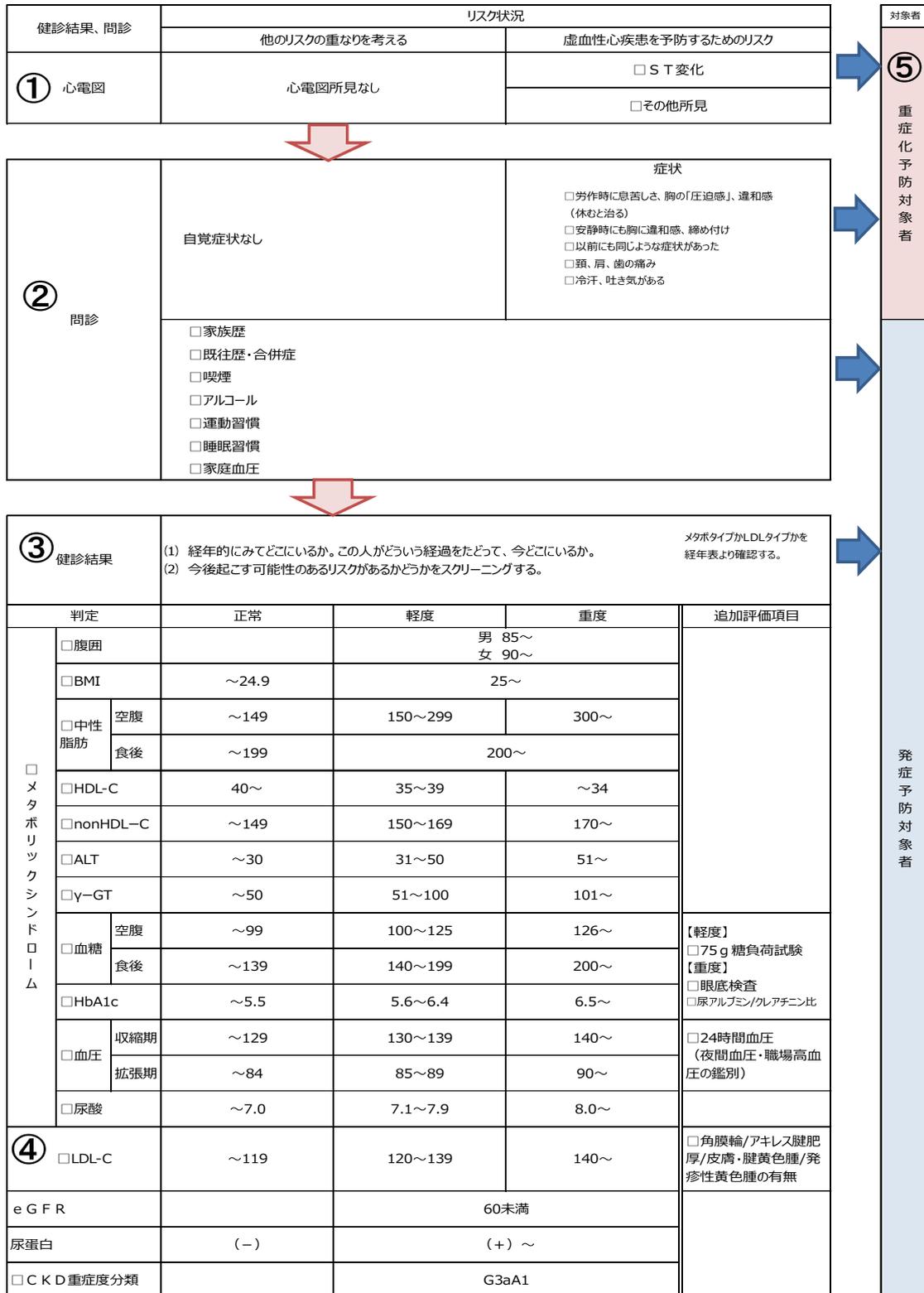
H29年度は3月時点での数字

虚血性心疾患予防をどのように考えていくか



【参考文献】
虚血性心疾患の一次予防ガイドライン2012改訂版、脳心血管予防に関する包括的リスク管理チャート2015、血管機能非侵襲的評価法に関するガイドライン、動脈硬化予防ガイドライン、エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン2013、糖尿病治療ガイド、血管内皮機能を診る（東條美奈子著）

虚血性心疾患を予防するための対象者の選定の考え方



参考) 脳心血管病予防に関する包括的リスク管理チャート

平成30年に向けての全体評価(平成29年2月までの評価)

H28～H29年度 課題・目標	①プロセス (やってきた実践の過程)	②アウトプット (事業実施量)	③アウトカム (結果)	④ストラクチャー (構造)	⑤残っている課題
<p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ①特定健診受診率 H29年度目標 75% ②特定保健指導受診率 H29年度目標 60% ③健診受診者の検査結果の改善 (血圧・血糖・脂質CKD) ④虚血性心疾患・脳血管疾患・糖尿病性腎症を減らす。 ⑤医療費(生活習慣病)の伸びを抑える。 <p>未受診者対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○受診勧奨の対象者、アプローチ方法等検討。(地区台帳の活用等) ○医療機関の協力等による取組 ◆若者健診 ○対象者に受診通知を行っても、健診受診しよと申し込むのみが少ない。 ○若年層への健診の必要性等が得られないようなアプローチが重要と考えられる。 <p>重症化予防対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ○効果的効果的に推進していく。 ○糖尿病性腎症重症化予防プログラム作成推進 ○人材不足もあり、優先順位を検討し、管理体制を整え、PDCAサイクルにて推進(糖尿病管理台帳の作成と活用) <p>医療とのつながり</p> <ul style="list-style-type: none"> ○円滑な連携体制の構築 ○専門医協力医の検討も含めた体制整備が必要 ○行政とかかりつけ医と専門医の連携体制を整える(糖尿病管理台帳などを活用) 	<p>①プロセス (やってきた実践の過程)</p> <ul style="list-style-type: none"> ①特定健診受診率の維持 ・5月に実施する集団検診未受診者に対し、もれ者健診の受診勧奨を郵便、電話の両方で行う。また、7月の村広福志に地区ごとの受診率速報値を載せ受診勧奨を促す。 ・総合検診結果を、特定健診結果として高野病院に処理していただく。 ②特定保健指導実施率の向上 ・保健指導は個別指導を中心に行い、家庭訪問も併せて実施する。 ・指導者が一方時に話すばかりにならない。正しい情報を提供し、相手の生活の中でどのようなことか、対象者と一緒に考える保健指導を実施する。 ③特定健診受診者の検査結果の改善(血圧・血糖・脂質・CKD) ・健診結果説明会に用精密となった項目があったときは必ず病院受診するよう、受診勧奨を行う。 ・受診後の結果確認を行う。 ④医療費の伸びを抑える ・新規透折導入を抑えるため、医療機関受診勧奨と食生活指導を行う。 	<p>②アウトプット (事業実施量)</p> <ul style="list-style-type: none"> ①もれ者受診勧奨実施状況 ②特定保健指導実施率 ③検診結果説明会実施回数 ④個別面談での退却率 ⑤健診後の医療機関受診率 ⑥新規透折導入率 ⑦保健指導実施率 	<p>③アウトカム (結果)</p> <ul style="list-style-type: none"> ①特定健診受診率 ・特定保健指導実施率 ・もれ者健診受診率 ②特定保健指導実施率 ・翌年度特定健診結果の改善率 ③翌年度特定健診結果の改善率 ・その後の治療継続状況 ・評価項目ごとの経年変化 ・連絡票の活用状況 ④新規透折導入数 ・脳、心、腎患者の医療費削減 	<p>④ストラクチャー (構造)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○地区担当制とっており十分に機能している。 ○重症化予防対策を取り組んでいく上で、茶養生の役割は重要である。今後茶養生は、早急な茶養生の確保が必要となる。 ○通常業務の時間帯で、アプローチしても余念ない人がいる。その結果、重症化に繋がっているため、業務時間の検討も考えていく。 ○医師会等との会議等の連携を進めていく。 ○医師会等との連携を進めていく上で、地区担当制の活用、ひとつひとつの事例を通じて、連携を積み重ねていくようにする。 	<p>⑤残っている課題</p> <ul style="list-style-type: none"> 全体 ・保健活動をPOCAサイクルに基づいて考え、計画・実施する。 ・本来なら、重症化予防のための茶養生による茶養生指導を保健師と連携しながら実施したいが、人材不足で体制を整えることができていない。 ・特定保健指導実施率向上 ・特定保健指導の必要性を住民に理解していただき、実施率向上に繋がる魅力的な保健指導を実施する。 結果の改善 ・健診受診後のフォロー体制をマニュアル化し、流れに沿った事後支援を実施する。 医療費の伸びの抑制 ・医療と連携した保健指導実施体制を構築する。

データヘルス計画の目標管理一覧表

関連計画	健康課題	達成すべき目的	課題を解決するための目標	初期値					中間評価					最終評価値			現状値の把握方法
				H28	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35	H30	H31	H32	H33	H34	
特定健診計画	健康課題	医療費削減のために、特定健診受診率、特定保健指導の実施率の向上により、重症化予防対象者を減らす	特定健診受診率80%以上 特定保健指導実施率70%以上 特定保健指導対象者の減少率	77.0%			78.0%						80.0%				特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
				61.3%			70.0%								70.0%		
データヘルス計画	中・高血糖・HbA1c・収縮期血圧・クレアチニンは男女とも県・全国と比較して高い	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症による医療費の伸びを抑制する	脳血管疾患の総医療費占める割合 虚血性心疾患の総医療費に占める割合 糖尿病性腎症による透析導入者の割合	0.3%			0.3%						0.2%				KDSシステム
				1.8%			1.7%								1.5%		
データヘルス計画	中・高血糖・HbA1c・収縮期血圧・クレアチニンは男女とも県・全国と比較して高い	脳血管疾患、虚血性心疾患、糖尿病性腎症の発症を予防するために、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム等の対象者を減らす	メタボリックシンドローム・予備軍の割合減少 健診受診者の高血圧者の割合減少 健診受診者の糖尿病者の割合減少	34.1%			30.0%						25.0%				特定健診・特定保健指導結果(厚生労働省)
				20.4%			18.0%								15.0%		
短期	健康課題	がん検診受診率 胃がん検診 肺がん検診 大腸がん検診 子宮がん検診 乳がん検診 前立腺がん検診	がん検診受診率 胃がん検診 肺がん検診 大腸がん検診 子宮がん検診 乳がん検診 前立腺がん検診	23.0%			25.0%						30.0%				地域保健事業報告
				35.4%			40.0%								45.0%		
短期	健康課題	後発医薬品の使用割合	後発医薬品の使用割合	71.0%			75.0%						80.0%				厚生労働省公表結果